

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1921

236
N°

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU
RHUMATISME BLENNORRAGIQUE
COMPLIQUANT L'ETAT PUERPERAL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris

Le

PAR

Henri FRESNEY

Né au Havre, le 12 Mai 1889

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS ET DE LA CLINIQUE
D'ACCOUCHEMENTS TARNIER

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

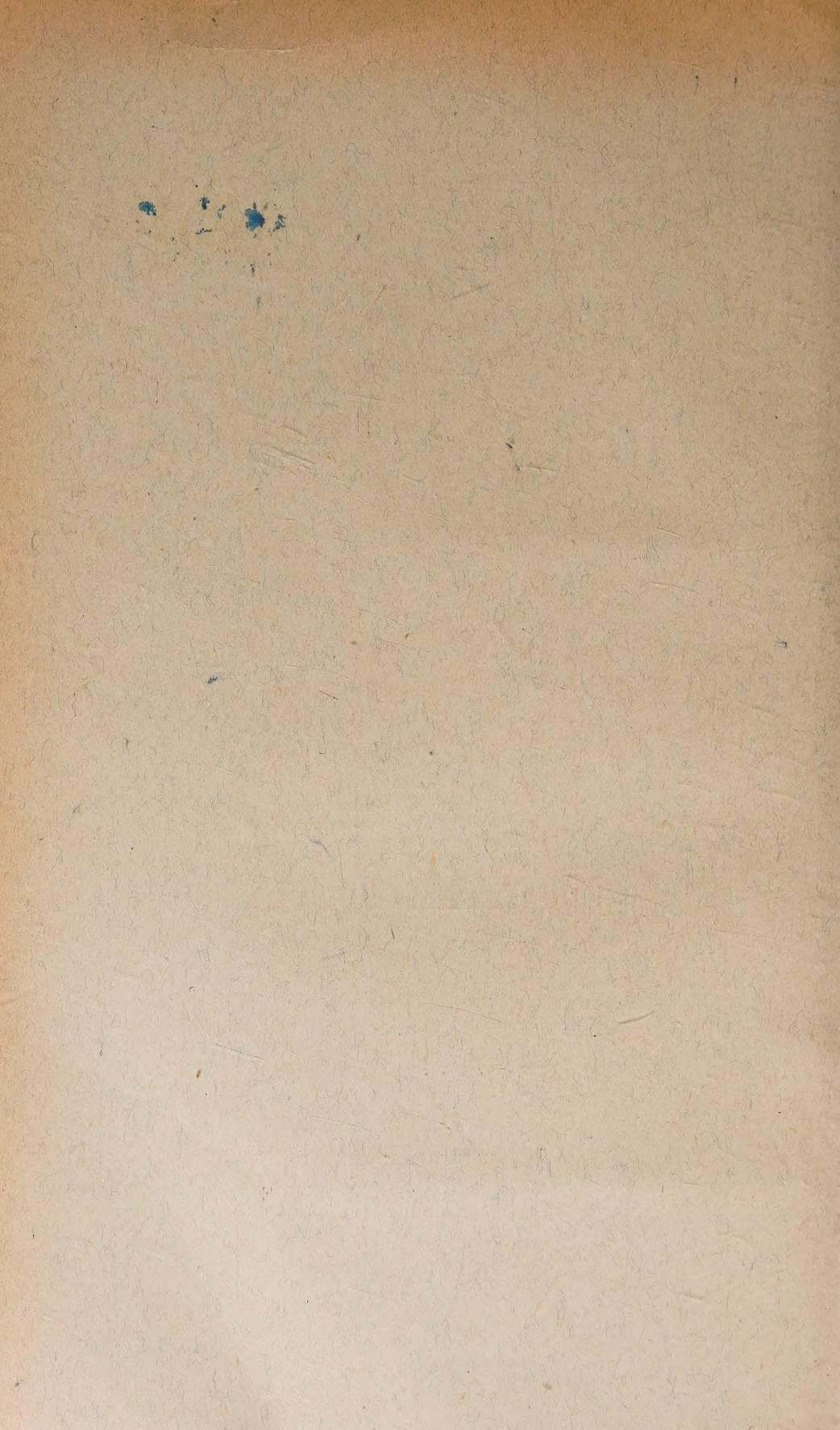
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921



236

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
RHUMATISME BLENNORRAGIQUE
COMPLIQUANT L'ÉTAT PUERPÉRAL

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1921

N°

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

RHUMATISME BLENNORRAGIQUE

COMPLIQUANT L'ÉTAT PUERPERAL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris

Le

PAR

Henri FRESNEY

Né au Havre, le 12 Mai 1889

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS ET DE LA CLINIQUE
D'ACCOUCHEMENTS TARNIER

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen : M. ROGER

	Professeurs :	MM.
Anatomie		NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale		CUNEO.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.		DESGREZ.
Bactériologie		BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales		Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale		RENON.
Pathologie chirurgicale		LECENE.
Anatomie pathologique		LETULIE.
Histologie		PRENANT.
Opérations et appareils		DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		CARNOT.
Hygiène		BARNARD.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER.
Clinique médicale		ACHARD.
		WIDAL.
		GILBERT.
		CHAUFFARD.
Hygiène et clinique de la première enfance		MARFAN.
Clinique des maladies des enfants		NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et maladies de l'encéphale		DUPRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux		P. MARIE.
Clinique des maladies contagieuses		TEISSIER.
Clinique chirurgicale		DELBET.
		LEJARS.
		HARTMANN.
Clinique ophtalmologique		GOSSET.
Clinique des maladies des voies urinales		De LAPERSONNE.
		LEGUEU.
Clinique d'accouchements		BAR.
		COUVELAIRE.
Clinique gynécologique		BRINDEAU.
Clinique chirurgicale infantile		J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique		BROCA Auguste.
Clinique oto-rhino-laryngologique		VAQUEZ.
		SEBILEAU.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LE LORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBOUILLET	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCOQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (Henri)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE
LE DOCTEUR LÉON TOUVENAIN

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE COMMANDANT LOUIS FRESNEY
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
Mort pour la France au Four de Paris, le 9 avril 1916

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN
LE SOUS-LIEUTENANT ADRIEN FRESNEY
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
Mort pour la France à Estrées (Somme), le 4 juillet 1916

H. FRESNEY.

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES SOEURS

MEIS ET AMICIS

E. FRESNEY.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS
MONSIEUR LE DOCTEUR GUINARD

CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU

(In Memoriam)

MONSIEUR LE DOCTEUR CLAISSE

MÉDECIN DE L'HOPITAL LAENNEC

MONSIEUR LE DOCTEUR WALTHER

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. SIREDEY

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MONSIEUR LE DOCTEUR DE MASSARY

MÉDECIN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

E. FRESNEY.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

ACCOUCHEUR DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR LEQUEUX

PROFESSEUR AGRÉGÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR RICHE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL TENON

MONSIEUR LE DOCTEUR VARIOT

MÉDECIN DE L'HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS
MÉDECIN-CHEF DES SERVICES DE L'INSTITUT DE PUÉRICULTURE
DE LA VILLE DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR JEANNIN

PROFESSEUR-AGRÉGÉ
ACCOUCHEUR DE L'HÔPITAL TENON

MONSIEUR LE DOCTEUR METZGER

PROFESSEUR AGRÉGÉ
ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR LEVANT

ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

E. FRESNEY.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En reconnaissance de l'enseignement
qu'il nous a donné et de l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

E. FRESNAY.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

RHUMATISME BLENNORRAGIQUE

COMPLIQUANT L'ÉTAT PUERPÉRAL

AVANT-PROPOS

Il existe, entre la pathologie articulaire et l'état puerpéral, des rapports très étroits, prêtant à des considérations très intéressantes, non seulement au point de vue pronostique et thérapeutique, mais encore sous le rapport pathogénique: dans ces cas, auxquels vraiment conviendrait l'ancienne dénomination de rhumatisme puerpéral, s'il s'agissait d'une véritable entité morbide, les accidents ne tardent pas à se localiser au niveau des synoviales articulaires. Il s'agit parfois d'arthrites suppurées, mais une articulation est envahie soit d'emblée, soit consécutivement à des symptômes de polyarthrite. La monoarthrite, qui se localise généralement à une grande articulation des membres, peut avoir été précédée et s'accompagner d'accidents généraux plus ou moins graves. Mais, le plus souvent, à la

suite d'une arthrotomie, quelquefois même par simple ponction, ou sans aucune intervention, on voit les accidents locaux s'amender, et la guérison survient, trop souvent avec raideur articulaire ou ankylose.

Quelle est la pathogénie de ces arthrites? Diffèrent-elles des pyarthroses de l'infection purulente par une différence de degré, par une atténuation de virulence du germe pathogène, s'en distinguent-elles par une différence de nature? Ne connaît-on pas, en dehors de l'état puerpéral, l'existence d'une affection générale, à point de départ génital, se localisant avec une prédominance marquée sur le système articulaire, et pouvant donner lieu à des arthrites comparables par leur évolution et leur pronostic aux arthrites puerpérales dont nous venons d'esquisser la physiologie? Nous voulons parler de l'infection blennorragique.

« On peut, disait déjà, en 1884, F. Siredey, trouver chez des accouchées, des arthrites indépendantes de l'état puerpéral. Sans parler ici des arthropathies de la grossesse, qui sont en dehors du cadre que nous nous sommes tracé, et des lésions articulaires multiples qui ont pu précéder l'accouchement, nous devons nous rappeler que la blennorragie n'est nullement incompatible avec l'état puerpéral. On sait avec quelle persistance, cette affection peut s'observer chez les femmes à leur insu, et souvent même à l'insu de ceux qui les soignent, en raison de sa bénignité et des troubles insignifiants qu'elle entraîne. Plusieurs fois, nous avons eu l'occasion de rattacher à cette cause des arthrites survenues chez des femmes en couches qui n'avaient présenté aucune complication utérine ou péri-utérine. Si simple que soit cette influence, elle est souvent méconnue, parce qu'on néglige de la rechercher, et cependant, l'aspect de certaines arthrites de l'état puerpéral, leur marche lente,

subaiguë, leur localisation à une seule des grandes articulations, devrait éveiller l'idée d'une complication d'origine blennorragique ».

Ainsi, l'accoucheur de 1884, affirmait, seul à cette époque, cette grande vérité, que nul ne conteste plus aujourd'hui, la folle fréquence de l'infection gonococcique chez la femme enceinte.

Il nous a paru intéressant de reprendre cette question dans son ensemble, de remettre à jour la vieille théorie du rhumatisme puerpéral, bien oubliée aujourd'hui et peut-être bien injustement oubliée. Sans doute, il ne peut plus s'agir d'entité morbide, mais, en ajoutant l'épithète de blennorragique, est-ce que tout ce que les anciens auteurs en ont dit n'est pas toujours vrai? Nous avons essayé de mettre un peu d'ordre dans toutes les observations de rhumatisme de la grossesse, de rhumatisme puerpéral, de rhumatisme génital, qu'ont publiées nos prédécesseurs, et de les présenter sans parti-pris, telles que les faits cliniques leur sont apparus au lit des malades. Enfin, nous avons insisté sur la partie traitement, surtout, en ce qui concerne les arthrites suppurées, devant lesquelles nous n'avons plus le droit aujourd'hui de nous contenter de ponctions évacuatrices: les progrès de la chirurgie articulaire sont tels que l'arthrotomie est la seule technique à laquelle on puisse se confier, pourvu qu'elle soit précoce et large.

Qu'il nous soit permis de remercier ici M. le Dr Metzger, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux, qui nous a donné l'idée de ce travail. Que M. le Dr Jeannin, professeur agrégé, accoucheur de l'hôpital Tenon, qui nous a ouvert tout grand son service, trouve de même ici l'expression de tous nos remerciements. Nous ne voulons pas oublier non plus M. J. Greder, interne des hôpitaux, dont les conseils avertis et l'expérience clinique nous ont été fort utiles.

Regrettons, pour finir, que la Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Paris soit d'un accès si difficile pour les étudiants, quand il s'agit de recherches un peu compliquées. Nous nous excusons du nombre assez élevé d'ouvrages que nous n'avons pu consulter parce que n'y existant pas ou plus, en particulier les *Maladies de la grossesse* de Vinay, certaines thèses de Paris, disparues, et celles de Montpellier antérieures à 1890.

ARTICLE PREMIER

HISTORIQUE DE LA QUESTION

CHAPITRE I

DU RHUMATISME BLENNORRAGIQUE

Nous ne pouvons faire ici l'historique, même abrégée du rhumatisme blennorragique. Rappelons-en simplement les grandes lignes.

Décrit pour la première fois par Swediaur et Selle, en 1781, puis par Hunter en 1786, il est considéré à cette époque, comme une maladie rare et réservée au sexe masculin. Brande, de Copenhague, Rollet, et Foucart vont même plus loin : ils nient la possibilité de l'existence de cette maladie chez la femme. Plus tard, Richet n'en cite qu'un exemple, Cullerier et Ricord sont moins affirmatifs : ils avouent que cette affection est possible chez la femme, mais tellement rare que ce n'est qu'une trouvaille clinique sans intérêt.

C'est à Fournier, en 1869, que revient l'honneur d'avoir mis de l'ordre dans ces théories admises sans discussion. Il démontre au contraire la fréquence du rhumatisme blennorragique chez la femme, mais ce ne sera qu'en 1881, dans la thèse de Brun, inspirée par Duplay, que sera défi-

nitivement réglée cette question. Chose curieuse, Brun lui-même, n'a pas l'air d'attacher la moindre importance au fait, pourtant significatif, que, sur ses vingt observations personnelles, il y en a treize qui se rapportent à des femmes. De même, il ne parle aucunement de la fréquence de cette complication de la blennorrhagie; il ne donne aucune statistique. Il s'en tient à une très brillante étude clinique, et c'est tout.

C'est néanmoins à Duplay et à lui, indirectement, si l'on peut dire, que nous devons la première notion de la grande fréquence du rhumatisme blennorrhagique chez la femme. De là, à l'imaginer compliquant l'état puerpéral, il n'y a qu'un pas: il a fallu pourtant plus de vingt ans pour admettre cette possibilité.

CHAPITRE II

DU RHUMATISME PUERPÉRAL.

La coexistence de la grossesse et du rhumatisme blennorragique a dû bien certainement se rencontrer de tout temps ; cependant, soit à cause de la rareté de cette coïncidence, soit qu'on n'ait vu entre ces deux états aucune relation évidente, les auteurs ont gardé un silence absolu sur cette complication de la grossesse.

Charcot, pour la première fois, dans sa thèse inaugurale, en 1853, parle du rhumatisme comme complication de la grossesse. « Dans quatre de nos observations, les jointures ont été prises pour la première fois, vers la fin de la grossesse ou quelques jours après un accouchement normal ». Il rapporte l'opinion de ses maîtres Requin, Piorry et Cruveilhier, lesquels déclarent que la grossesse n'est pas sans influence sur le développement du rhumatisme. Mais il semble que ce ne soit qu'une hypothèse de sa part, puisqu'il ne s'arrête pas à cette idée.

La même année, Trastour signale le même fait, sans y insister.

Simpson, d'Edimbourg, en 1856, décrit cette complication de la grossesse, à laquelle il donne le nom de « rhumatisme puerpéral ». (En 1854, il avait déjà fait une simple allusion à la question.) Il s'agit pour lui d'une maladie

spéciale à la période puerpérale et qui ne peut exister sans elle.

Thweat, en 1858, reprend cette idée, la développe et donne une description clinique qui est restée classique.

En 1866, Simon, dans sa thèse d'agrégation, décrit un rhumatisme spécial à la grossesse, sans prononcer le mot de rhumatisme puerpéral.

La même année, la question est portée devant la Société Médicale des Hôpitaux de Paris par Lorain. Eurent lieu dans cette assemblée des débats très importants, qui occupèrent plusieurs séances : l'accord ne put se faire entre les divers membres qui y prirent la parole. Cependant, la théorie de Lorain semble avoir remporté le plus de suffrages. Il admet que le rhumatisme blennorrhagique et le rhumatisme puerpéral ont la même étiologie : l'état de gestation n'est que secondaire, et il n'agit qu'en prédisposant la femme à des écoulements leucorrhéiques : ce sont ces écoulements se produisant par les organes génitaux, tant dans la blennorrhagie que pendant la gestation, qui provoquent ce rhumatisme. « Avant l'accouchement, il existe déjà chez la femme enceinte un état morbide des voies génito-urinaires, qui, plus ou moins marqué, peut les prédisposer à des arthrites analogues aux arthrites blennorrhagiques. Le col utérin, le vagin ne sont pas seuls en cause. Chez la plupart, il est facile de constater aussi un certain degré d'urétrite. En effet, ayant examiné à ce point de vue toutes les femmes qui étaient entrées dans mon service pour y accoucher, j'ai constaté qu, même fort peu de temps après la miction, on pouvait faire sourdre de leur urètre, en pressant d'arrière en avant, une gouttelette d'un liquide blanchâtre, semblable à du pus. Quelques-unes accusent de la douleur en urinant. Ce ne serait point dû à la coïncidence de quelque ancienne blennorrhagie, réveillée par la congestion

générale de la muqueuse. Le pus urétral, de même que le pus qui s'écoule, et en quantité quelquefois considérable, du col utérin et qui baigne le vagin, est le résultat normal de la grossesse. J'ai obtenu les mêmes écoulements chez de jeunes femmes de ma clientèle, incontestablement très saines. J'ai même vu chez l'une d'elles, les végétations qui s'étaient produites par le contact de ce liquide irritant se transmettre au mari. Aussi la femme enceinte est-elle, à mes yeux, toujours une malade en ce qui touche les organes génito-urinaires. Le rhumatisme génital est donc aussi peu surprenant chez elle que chez un homme qui vient d'être sondé ».

Peter, au contraire, combattit tout à fait cette opinion et soutint l'identité du rhumatisme puerpéral et du rhumatisme articulaire aigu. « Tout est occasion pour le rhumatisme, aussi bien le froid qui est un traumatisme général, que la contusion qui est un traumatisme particulier : aussi bien la maladie blennorrhagique de l'urètre que la maladie leucorrhéique de l'utérus : aussi bien, enfin l'état de gestation que l'état de parturition ».

En 1867, la thèse de Vaille, puis, en 1868, celle de Vachée, reprennent, en la développant, la théorie de Lorain. De même la thèse de David, avec trois observations. De même, la thèse de Braunberger, en 1869, dans laquelle l'auteur conclut que « l'évolution générale, la marche, la terminaison de ces manifestations rhumatoïdes puerpérales ne permettent pas de les confondre avec le rhumatisme vrai ni avec les arthrites de l'infection purulente et en font une espèce à part ».

Quinquaud, en 1872, essaie de rallier les deux théories adverses en mélangeant la symptomatologie du rhumatisme articulaire aigu et du rhumatisme infectieux, ou plutôt des arthralgies infectieuses spéciales à l'accouchement

(puerpérisme infectieux). Il nie plus que jamais la possibilité d'une infection gonococcique. Lacassagne est du même avis.

En 1875, Macdonald, d'Edimbourg, élève de Simpson, apporte des faits nouveaux en faisant remarquer que l'arthrite chez la femme correspond souvent à une ophtalmie blennorragique chez l'enfant.

La même année, Elicagarray déclare : « Non seulement les excitations de l'urètre mais encore et peut-être au même degré, l'état général de M. Lorain, c'est-à-dire la métrite et la puerpéralité, peuvent occasionner de ces arthrites ».

Huchard, élève de Peter, en 1875, affirme de nouveau, l'identité absolue du rhumatisme puerpéral et du rhumatisme articulaire aigu. En 1876, Tison, son élève, conclut comme lui : il fait remarquer en outre, que cette affection ne peut pas être du rhumatisme gonococcique, car « l'on sait l'extrême rareté de cette maladie chez la femme ».

En 1879, Dubois étudie les manifestations rhumatoïdes de la grossesse, de quelque nature qu'elles soient. Il parle de l'arthrite blennorragique qu'il différencie soigneusement du rhumatisme articulaire aigu, ne prononce pas le mot de rhumatisme puerpéral, mais il conclut en affirmant que l'état de gestation ne prédispose pas les femmes aux affections articulaires, et, en tous cas, n'aggrave pas ces dernières.

Raymond, dans sa thèse d'agrégation, de 1880, soutient que les deux opinions en présence, l'une ne faisant jouer à la grossesse que le rôle de cause occasionnelle, l'autre, faisant de ce rhumatisme une entité morbide, sont trop absolues, ou plutôt contiennent l'une et l'autre, une part de vérité. Il démontre que cette affection ne se limite pas aux articulations, qu'elle imite toutes les localisations du rhumatisme ordinaire, qu'elle emprunte toutes ses formes : il

faut, d'après lui, réserver le nom de rhumatisme primitif à l'entité morbide, dont les manifestations semblent émaner directement, primitivement des causes extérieures, et celui de rhumatisme secondaire, aux manifestations qui paraissent être consécutives à un autre état de l'organisme.

En 1881, Brun, dans sa thèse inaugurale, ne veut pas prendre parti dans la discussion; bien qu'une de ses observations se rapporte à une femme enceinte, il ne conclut pas.

La même année, Hanot propose, pour clore la discussion, d'admettre que toutes ces manifestations d'arthrites, sont purement du rhumatisme articulaire aigu. Pour lui, ce qui paraît compliquer la question, c'est que le salicylate de soude fait avorter les femmes auxquelles on prescrit ce médicament.

Georgiades, en 1883, dans sa thèse inspirée par Lancereaux, se propose d'établir deux points: à savoir, que, sous l'influence de la grossesse ou de l'allaitement, on voit survenir des lésions articulaires, mais que ces lésions n'ont du rhumatisme que l'apparence: ce sont de véritables arthrites; auxquelles, pour rappeler leur origine, on peut donner le nom d'« arthrites génitales » (Lancereaux). Mais, en aucun cas, on ne peut penser au rhumatisme blennorragique.

Mercier, la même année, reprend les idées de Quinquaud, et conclut un peu prématurément, qu'il existe un rhumatisme articulaire puerpéral, différent du rhumatisme articulaire aigu, ressemblant au rhumatisme blennorragique, mais n'en étant pas.

La même année encore, Alexandre dit qu'il y a lieu de distinguer premièrement, une forme de rhumatisme vrai de la grossesse, où la gestation ne joue que le rôle de cause occasionnelle qui réveille la diathèse rhumatismale latente,

deuxièmement, une forme génitale dont la cause directe réside dans les excitations réflexes des parties de l'utérus modifié ou dans l'écoulement leucorrhéique que présentent souvent les femmes enceintes. Cette dernière forme est rapidement chronique, se localise généralement à une grande articulation, et aboutit à bref délai, à l'ankylose.

En 1884, F. Siredey, sans prendre parti dans la discussion toujours vivante, fait remarquer combien sont fréquentes, au cours la grossesse, les affections blennorragiques.

La même année, Barral déclare que le rhumatisme puerpéral n'est qu'une variété du rhumatisme génital, il combat l'idée de Siredey, que ce pourrait être dû au gonocoque.

En 1884 encore, Patenotre intitule sa thèse, inspirée par Duplay: « De l'identité de l'arthrite puerpérale et d'une certaine forme d'arthrite blennorragique ». Il tend à prouver que toutes les femmes qui présentent du rhumatisme puerpéral ont un écoulement leucorrhéique.

En 1885, Fournier reprend la théorie de Peter, sans faits nouveaux, tandis que Celles, autre élève de Peter, donne quelques observations, où il s'agit nettement de rhumatisme blennorragique.

En 1888, Laborderie reprend l'idée de Lorain, que le rhumatisme puerpéral proprement dit, apyrétique, insidieux, monoarticulaire, généralement à tendance ankylosante, survient sous l'influence de la grossesse, celle-ci n'agit toutefois que secondairement, en produisant un état particulier des organes génitaux, et c'est cet état morbide des voies génitales qui joue le rôle de cause efficiente directe.

En 1891, Ross (Al. Macl.), affirme la nature blennorragique du rhumatisme puerpéral, et donne une observation avec enfant à ophtalmie. En 1892, Tracou et Bué font

paraître un article inspiré par Gaulard, au sujet du traitement du rhumatisme puerpéral. « Tout le monde admet que l'accouchement exerce sur l'arthrite gravidique une influence heureuse, mais personne ne veut interrompre la grossesse ». C'est l'apologie de l'accouchement prématuré. Dans deux observations qu'ils donnent, ils s'efforcent de prouver qu'il ne s'agit pas de rhumatisme blennorragique.

En 1893, Kroenig note des gonocoques dans la leucorrhée d'une femme atteinte d'arthrite au quatorzième jour des suites de couches.

En 1894, Vinay, dans son *Traité des maladies de la grossesse*, tranche définitivement la question du rhumatisme puerpéral en affirmant qu'on peut toujours trouver du gonocoque dans les voies génitales de la femme rhumatisante en état puerpéral.

En 1895, Lassort essaie de défendre malgré tout la théorie de Lorain : il conclut cependant qu'il s'agit d'un rhumatisme infectieux, mais que ses manifestations sont très variables. Il n'admet pas que ce soit du rhumatisme blennorragique ; de plus, il affirme que c'est un danger pour la grossesse qui est interrompue très souvent mais que, de ce fait même, le rhumatisme puerpéral guérit.

Dorénavant, le rhumatisme puerpéral a vécu. Tous les auteurs sont d'accord pour ranger sous ce terme, soit des crises de rhumatisme articulaire aigu, de forme classique, se présentant avec quelques rares caractères spéciaux, dus à l'état puerpéral, soit des manifestations articulaires d'origine gonococcique. Hâtons-nous de dire, d'ailleurs, que, dans ce dernier cas, la symptomatologie du rhumatisme articulaire aigu franc reste tellement nette que le diagnostic s'impose, sans discussion possible. Nous ne parlerons bien entendu ici que du rhumatisme blennorragique compliquant la grossesse et les suites de couches, et, pour

les observations de nos prédécesseurs, nous avons soigneusement laissé de côté tout ce qui, dans l'ancien rhumatisme puerpéral, pouvait se rapporter au rhumatisme articulaire aigu.

CHAPITRE III

DU RHUMATISME BLENNORRAGIQUE COMPLIQUANT L'ÉTAT PUERPÉRAL

Et maintenant que l'existence de l'arthrite gonococcique est admise, il semble que les auteurs se désintéressent de la question : la discussion est close, et c'est à peine si, de loin en loin, on note un article ou une leçon clinique sur ces faits.

C'est d'abord, en 1895, la leçon de Bar, avec deux observations très complètes et bien instructives au point de vue difficulté de diagnostic.

La même année, c'est l'article de Maclaure, avec une observation. En 1896, c'est l'article de Burr, la même année celui de Lefour et Fieux, de Bordeaux.

En 1897 et 1898, ce sont les deux communications de Bégouin à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie du Sud-Ouest, et l'étude très complète de la question, toujours au point de vue clinique. L'auteur, comme nous le verrons plus loin, n'a pas l'air de se rendre compte de la fréquence relativement grande de cette complication de l'état puerpéral.

En 1899, c'est l'article de Cumston, où l'on note, pour la première fois, qu'il est peut-être dangereux d'immobiliser trop longtemps les arthrites blennorragiques.

En 1902, c'est la thèse de Fruhinsholz, sur la blennorragie compliquant la grossesse et les suites de couches. L'auteur passe très vite sur l'arthrite blennorragique, dont il ne trouve que neuf observations.

En 1903, c'est l'article de Lop, avec une observation bien instructive, puis l'année suivante, l'article de Mosny et Beaufumé, qui n'apporte pas de fait nouveau, et la thèse de Pasturel intitulée : « Des monoarthrites suppurées d'origine puerpérale ». L'auteur y traite d'ailleurs surtout des arthrites à streptocoques ; on y trouve même cette affirmation inattendue pour l'époque que « le rhumatisme blennorragique suppure exceptionnellement, et que le fait de ne pas trouver de bacilles à l'examen direct est une preuve de plus de la nature streptococcique de l'affection ».

En 1905, c'est l'article de Braillon, d'Amiens, qui conclut que « l'état puerpéral n'agit que comme prédisposant, en favorisant l'apparition d'accidents, qui ne diffèrent pas essentiellement de ce qu'ils sont en dehors de lui ».

La même année, c'est l'article de Stone, et en 1906, celui de Rabboni, sans faits nouveaux. Ce dernier auteur fait cependant remarquer combien il est difficile de faire pousser du gonocoque d'arthrite sur les milieux de culture réputés favorables.

Enfin, en 1908, c'est l'article de Delmas et Roger, de Montpellier, où les auteurs tendent à démontrer, contre toute évidence et sans y parvenir d'ailleurs, que l'arthrite blennorragique n'est une complication que de la grossesse et que toutes les arthrites suppurées des suites de couches sont manifestement à streptocoques. Ils citent pourtant l'article de Lop, où on a trouvé des gonocoques, et celui de Mosny et Beaufumé où le diagnostic bactériologique fut positif.

Et depuis, c'est tout sur la question. A notre connais-

sance il n'a rien été publié depuis cette date sur l'arthrite blennorragique dans l'état puerpéral. La guerre est sans doute pour quelque chose dans ce silence, car il faut remarquer, et s'en réjouir, que contrairement à ce que l'on est forcé de constater dans maintes branches de l'activité médicale, les auteurs allemands sont l'exception qui se soient occupés de cette question, comparés au grand nombre de médecins de langue française et de langue anglaise, qui ont pris à tâche d'étudier et de classer l'ancienne entité morbide du rhumatisme puerpéral.

Nous espérons simplement que ce modeste ouvrage, en mettant la question à jour, suscitera de nouvelles recherches et de nouveaux travaux, surtout au sujet du traitement de cette redoutable complication, et de la prophylaxie des ankyloses et des impotences fonctionnelles, trop souvent irrémédiables.

ARTICLE II

ÉTUDE CLINIQUE

Nous serons très brefs pour certains chapitres de cet article, l'arthrite blennorragique n'offrant rien de particulier, parce qu'elle s'attaque à une femme en état puerpéral.

CHAPITRE I

PATHOGÉNIE

Ce n'est qu'une localisation articulaire de l'infection gonococcique. Sous quelle forme agit-elle? La question, à l'heure actuelle, est encore trop débattue pour qu'on puisse conclure. Soit qu'on accuse le gonocoque lui-même (Petrone Kammerer), soit d'autres microbes pyogènes (Kraske, Vogt), soit l'action à distance exercée par des toxines (Strauss, Mauriac, Janet), ce n'est qu'une discussion de détail. Ce qu'il nous importe de savoir, c'est que très rarement, dans le liquide articulaire, ou même dans le pus articulaire, on peut décéler la présence du gonocoque. Et tout d'abord, on sait que la vitalité du gonocoque n'est pas grande, le microbe disparaissant rapidement de l'exsudat inflammatoire. Burci et Vaquez ont démontré que c'était dans les fongosités synoviales qu'on a le plus de chance de trouver le microbe pathogène. Rares sont les observations, où l'on a pu décéler le gonocoque à l'examen direct. Quant aux cultures, les résultats sont souvent plus

décevants encore. Nous avons nous-mêmes eu l'occasion d'essayer (observation LXXIV) d'ensemencer, sans aucun succès, un tube de gélose-ascîte, milieu sur lequel, huit jours auparavant, du pus d'urétrite blennorragique fourmillant de gonocoques, n'avaient pas réussi à pousser. Avec la gélose au sang, le résultat est très souvent le même sans qu'il soit possible pour cela d'infirmier dans l'articulation la présence du coccus de Neisser, ou du moins, son action (Rabboni). Cela nous ramènerait à la théorie des toxines et de leur influence à distance.

Quant à la prolifération microbienne des suites de couches, il est incontestable que le milieu lochial (Bumm, Kroner, Kroenig, Steinbuchel) est essentiellement favorable au développement du gonocoque. Celui-ci se multiplie de façon anormale dans les premiers jours qui suivent l'accouchement. Il réapparaît même dans les lochies en raison de sa prolifération extraordinaire et cela sans qu'une contamination nouvelle puisse être incriminée (Steinbuchel).

D'autre part, le gonocoque, microbe originel, vit mal en association avec d'autres éléments: les infections mixtes où entre le gonocoque sont rares et particulièrement transitoires, aboutissant presque toujours, d'abord à la prédominance d'une espèce sur l'autre puis à sa substitution à cette dernière. Par contre, les infections secondaires sont fréquentes (Immerwahr, Janet).

Sous quelle cause efficiente se fait cette localisation articulaire de l'infection gonococcique? Doit-on encore accuser, comme le faisaient les anciens auteurs, le tempérament lymphatique, la « lues venerea » de Pidoux, l'influence climatérique chère à Thierry, qui déclare que le rhumatisme blennorragique est plus fréquent sur les côtes anglaises que dans le Midi de la France? Faut-il accepter le traitement abortif de l'urétrite, comme le faisait Velpeau?

L'influence du froid est peut-être plus exacte. Dans les observations qui suivent, nous avons relevé quelques cas de rhumatisme succédant à un séjour prolongé dans un milieu humide (gonocèle des laveuses). Nous verrons plus loin que les articulations du côté droit sont plus souvent touchées que celles du côté gauche, et qu'apparaît ainsi un élément important, à notre avis, celui de la fatigue articulaire. De même, serait ainsi expliqué ce fait bien connu en clinique, que, dans les crises rhumatismales de toute nature, ce sont les articulations ou les groupes d'articulations, servant à l'exercice de la profession, qui sont pris de préférence.

Sans doute, aussi, les traumatismes articulaires auraient ils une certaine influence sur l'apparition du rhumatisme blennorragique, et le fait est important à connaître, en raison du rôle que les malades font jouer aux traumatismes, dans les accidents du travail.

Quant à l'état antérieur du sujet, il a certainement une importance : la disproportion évidente qui existe entre le nombre des femmes enceintes blennorragiques et le chiffre relativement peu considérable des complications articulaires, doit faire rechercher cette influence. Est-ce la diathèse arthritique qui favorise l'infection générale ? Une femme entachée d'arthritisme offre-t-elle aux agents pathogènes des articulations mieux préparées ? Et, dans la prédisposition du sujet à ces manifestations articulaires, faut-il rechercher la raison des variétés cliniques que présente l'arthrite blennorragique ? Autant de questions auxquelles nous ne pouvons répondre, vues nos connaissances actuelles. Mais le fait que nul ne peut nier, c'est que l'état puerpéral prépare au rhumatisme blennorragique, comme il prépare à la blennorragie, ou du moins à son réveil (Fruhsholz).

Mais l'étiologie reste encore obscure pour certaines variétés de manifestations articulaires, particulièrement pour l'arthralgie et pour les formes chroniques d'emblée. Ici, la recherche du gonocoque étant toujours négative, plusieurs auteurs ont pensé que ce sont les toxines sécrétées par le gonocoque qui doivent être mises en cause. Mais il est difficile de préciser leur rôle dans la production de ces arthropathies. C'est pourquoi, Jacquet avait émis l'hypothèse d'une origine névropathique. En ce cas, le gonocoque lui-même ou ses toxines porteraient leur action, non pas directement sur les articulations, mais sur les centres nerveux et détermineraient ainsi, par l'intermédiaire de troubles trophiques, les altérations articulaires. Jeanselme est du même avis: « Si l'on considère d'une part, dit-il, combien sont rares les examens qui ont permis de décélérer avec certitude la présence du gonocoque dans le liquide articulaire, et d'autre part, la coexistence si fréquente des symptômes spéciaux, tels que: exagération des réflexes, troubles dysesthésiques, amyotrophies, il ne répugne pas à l'esprit d'admettre, que toute une classe de lésions articulaires compliquant la blennorrhagie ressortit aux arthropathies nerveuses et non pas aux arthrites microbienne ».

CHAPITRE II

FRÉQUENCE

I. *Fréquence du rhumatisme blennorragique au cours de la gonorrhée.* — Peu de statistiques sont aussi différentes suivant les auteurs, que celles de la fréquence du rhumatisme blennorragique. Sans tenir compte du sexe, on trouve les chiffres suivants :

Richet (1859)	7 %
Giles (1871)	5 %
Besnier (1880)	2 %
Lenoir (1880)	2,1 %
Diday (1886)	0,5 %
Fruhinsholz (1902)	10,5 %
Léopold (1903)	4 %

Les statistiques récentes (presque toutes dues à des auteurs allemands), semblent se rallier au chiffre de Léopold, 4 %. C'est celui que nous admettrons, et comme les sexes sont aussi fréquemment touchés, nous notons une moyenne de 2 % de femmes atteintes de blennorragie et faisant des complications articulaires.

II. *Fréquence de la gonococcie au cours de l'état puerpéral.* — Ici les chiffres sont un peu moins dissemblables :

Léa (1900)	26,7 %
Fruhinsolz (1902)	37 %
Albrecht (1910)	23,5 %
Fabre et Dujol (1914)	25 %

Ces quatre statistiques, auxquelles nous nous tiendrons, donnent comme moyenne 28,5 % de blennorragie, chiffre qui paraît formidable, quand on le compare à la moyenne de 4 % du paragraphe précédent. Il nous faut d'ailleurs remarquer que ces dernières statistiques sont incontestables, contrôlées et sérieuses. Celle de Léa, en particulier, porte sur cent femmes, dont les enfants ont présenté de l'ophtalmie à gonocoques. Là, nous ne sommes plus dans le domaine de l'interprétation mais bien dans celui de la bactériologie.

III. *Fréquence du rhumatisme blennorragique au cours de l'état puerpéral.* — Nous ne nous dissimulons pas qu'ici encore, les chiffres que nous allons donner, sont discutables. Puisqu'il existe nombre de cas où le gonocoque ne figure ni dans le liquide articulaire ou dans les sécrétions génito-urinaires de la mère ou du père, ni dans les yeux du nouveau-né, et où cependant la clinique nous affirme qu'il s'agit bien de rhumatisme blennorragique, la preuve matérielle de l'origine gonococcique de l'affection manquera. La plupart des auteurs que nous allons citer n'en sont pas moins formels à déclarer leur chiffre.

Sur les 266 femmes blennorragiques en état puerpéral examinées par Fruhinsholz, l'auteur en trouve six qui font du rhumatisme (soit 2,25 %).

Pour Léa, qui se base que sur les cas à ophtalmie purulente de l'enfant, il trouve 3,6 %.

Kusuta, opérant sur 585 cas, trouve 22 rhumatismes, soit 3,7 %.

Pour Rose, c'est 4,8 %.

Pour Hannes (cité par Porter), c'est 4,2 %.

À notre connaissance, il n'existe aucune statistique française sur la question. Donc, nous nous tiendrons à ces chiffres, qui nous donnent comme moyenne 3,71 %. Donc, il nous faut admettre que dans 3,71 % des cas, on rencontrera le rhumatisme blennorragique comme complication de l'état puerpéral gonococcique. En nous reportant aux chiffres précédents, on arrive au résultat suivant :

Sur 400 femmes enceintes quelconques, il y en a une environ qui présente du rhumatisme blennorragique.

Or, comme nous avons admis tout à l'heure, que deux femmes porteuses de gonocoques sur 100, font du rhumatisme blennorragique, cela revient à dire que, tandis qu'une femme enceinte fait du rhumatisme blennorragique, sept femmes, non enceintes, en font. Ce qui donne, en tenant compte de la faible proportion des femmes en état puerpéral, une fréquence sensiblement plus marquée du rhumatisme gonococcique pendant la grossesse et les suites de couches.

Il nous semble que chez aucun auteur, une telle proportion n'ait été notée et que les plus anciennes statistiques comme les plus récentes, ne paraissent pas s'apercevoir du résultat, en quelque sorte inclus en elles. D'ailleurs, les observations qui suivent, observations prises au hasard, un peu partout, sont là pour prouver surabondamment combien peu rares existent dans la littérature médicale, les cas de localisation articulaire du gonocoque, pendant l'état puerpéral.

IV. *Quand apparaît l'arthrite?* — Ici les avis sont terriblement partagés. Pour Lorain et Vaille, ce n'est que pendant la grossesse, qu'on verra apparaître cette complica-

tion. Pour certains de ses élèves, l'allaitement doit aussi être accusé (Georgiades, Pinard). Pour d'autres auteurs, il n'y a arthrite pendant les suites de couches, que parce que la grossesse n'a pas été interrompue à temps (Gaulard, Mercier). Pour d'autres enfin, moins lointains, l'arthrite gonococcique ne peut compliquer que la grossesse, tandis que les arthrites des suites de couches sont toutes à streptocoques (Delmas et Roger).

Nous ne nous permettrons pas de conclure sur un sujet si discuté, et nous nous en tiendrons simplement au résultat donné par les 82 observations que nous avons rassemblées :

Cinquante fois, nous avons le rhumatisme gonococcique compliquant la grossesse, pour trente-deux fois seulement les suites de couches. Il semble bien que cette proportion pouvait être prévue. L'état puerpéral, en effet, commence au jour de la fécondation pour se terminer dans les suites de couches, à une époque de celles-ci sur laquelle personne n'est bien d'accord. Lorain ne prétendait-il pas que les périodes menstruelles, elles-mêmes, devraient rentrer, au point de vue clinique, dans l'état puerpéral ? La question de l'allaitement est loin d'être résolue, et d'autre part, il nous semble par trop inexact de faire terminer l'état puerpéral à la fin de l'écoulement lochial ou à l'involution utérine parfaite.

Quoi qu'il en soit, la période de gestation étant infiniment plus longue que celle des suites de couches, il était vraisemblable de penser que ce serait pendant la grossesse qu'on risquerait de voir le plus de cas de rhumatismes blennorragiques.

Les deux tableaux suivants nous en donneront le détail :

Grossesse

Dans le courant du

1 ^{er} mois	1 cas
2 ^e —	3 —
3 ^e —	2 —
4 ^e —	9 —
5 ^e —	7 —
6 ^e —	6 —
7 ^e —	8 —
8 ^e —	9 —
9 ^e —	5 —
Total.....	50 cas

Suites de couches

Le 1 ^{er} jour	1 cas
2 ^e —	3 —
3 ^e —	4 —
4 ^e —	3 —
5 ^e —	4 —
6 ^e —	3 —
7 ^e —	2 —
8 ^e —	1 —
11 ^e —	1 —
12 ^e —	1 —
13 ^e —	1 —
14 ^e —	1 —
17 ^e —	1 —
Dans la 5 ^e semaine.....	2 —
— 7 ^e —	1 —

Dans le courant du 2^e mois.....2 —

— 3^e — 1 —

Total..... 32 cas

En somme, il semble qu'il y ait pour la grossesse deux périodes critiques, au quatrième mois et entre le septième et le huitième mois. Quant aux suites de couches, ce serait du deuxième au cinquième jour qu'on aurait le plus de chances de voir apparaître l'arthrite gonococcique. Encore une fois ces deux tableaux n'ont que la valeur d'une statistique particulière.

V. *Fréquence du rhumatisme blennorragique puerpéral, selon l'âge et la parité.* — Il est bien certain que ce seront les femmes les plus jeunes, en pleine puissance génitale, qui seront les plus exposées à cette complication, d'une part du fait de la gonococcie et, d'autre part, de celui de la fécondation. Par conséquent, ce seront surtout des I-pares et des II-pares, qui seront touchées. En font foi les deux tableaux suivants, toujours tirés des 82 observations rassemblées par nous :

A 17 ans	1 cas
18 —	4 —
19 —	4 —
20 —	10 —
21 —	8 —
22 —	9 —
23 —	7 —
24 —	6 —
25 —	4 —
26 —	2 —
27 —	3 —

A 28 ans	5 cas
29 —	2 —
30 —	3 —
31 —	1 —
32 —	1 —
33 —	4 —
34 —	1 —
42 —	1 —
43 —	1 —

Quant à la parité, nous relevons des

I pares, dans	56 cas
II pares, —	14 —
III pares, —	4 —
IV pares, —	1 —
V pares, —	2 —
VI pares, —	2 —

Mais ce résultat était attendu et n'offre rien de particulièrement intéressant.

VI. *Localisations articulaires du rhumatisme blennorragique.* — Si nous prenons les anciennes statistiques sur ce sujet, nous trouvons là encore des différences appréciables selon les auteurs. Il est incontestable que toutes les séreuses articulaires peuvent être touchées par l'infection gonococcique: cependant certaines sont plus souvent lésées que d'autres, les grandes articulations et, parmi ces grandes articulations, les genoux semblent être le lieu d'élection du coccus de Neisser (4/5^e des cas pour Martinet).

Les statistiques combinées de Foucard, Brandes, Rollet et Fournier, calculées sur des cas de toute nature, donnent les chiffres suivants:

Genou	83
Tibio-tarsienne	32

Doigts et orteils.....	23
Coxo-fémorale	16
Poignet	14
Epaule	12
Coude	11
Temporo-maxillaire.....	66
Articulations du pied.....	5
Sacro-iliaque	4
Sterno-claviculaire	2
Péronéo-tibiale	1

L'arthrite sterno-claviculaire est assez rare, mais quand elle existe, elle est en quelque sorte caractéristique, et Brun n'hésite pas à déclarer que c'est l'articulation de prédilection de l'arthrite puerpérale. Tel n'est pas notre avis : il n'y a qu'à jeter un coup d'œil sur les tableaux ci-après, pour s'en rendre compte. D'ailleurs, la statistique ci-dessus n'est qu'une statistique globale et, de ce fait, perd beaucoup de sa valeur. Voici les résultats qui ressortent de nos 82 observations.

Sur 38 cas où le rhumatisme blennorragique n'a touché qu'une seule articulation (monoarthrite), nous avons :

Genou droit	9
Genou gauche	7
Coude droit	4
Coude gauche	4
Poignet droit	4
Poignet gauche	4
Tibio-tarsienne droite	2
Epaule droite	1
Epaule gauche	1
Coxo-fémorale droite	1
Sterno-claviculaire droite	1
Total.....	38

Sur ces 38 cas, nous avons 22 articulations droites de touchées pour 16 gauches.

On voit que l'arthrite sterno-claviculaire donne comme proportion du 1/38, et cependant il ne s'agit ici que d'arthrites puerpérales. En réalité, la localisation de l'infection gonococcique à l'articulation sterno-claviculaire est rare, mais dans le cas d'arthrite de cette articulation, on peut affirmer sans autres renseignements, qu'il s'agit d'une complication blennorragique.

Mais, revenons à nos localisations articulaires.

Sur les 44 cas, où le rhumatisme gonococcique a touché plusieurs articulations (polyarthrite) nous avons, le détail suivant:

Genou droit	21
Genou gauche	13
Poignet gauche	14
Poignet droit	13
Coude droit	12
Coude gauche	12
Epaule droite	9
Epaule gauche	8
Tibio-tarsienne droite	6
Tibio-tarsienne gauche	4
Coxo-fémorale	4
Articulations de la main droite	4
Temporo-maxillaire gauche	2
Coxo-fémorale droite	1
Articulations de la main gauche	1
Sterno-claviculaire droite	1

Sur ces 125 articulations prises, nous avons 67 droites de touchées pour 58 gauches.

Remarquons maintenant que 44 fois sur 82, c'est-à-dire

dans plus de la moitié des cas, nous avons eu affaire à une polyarthrite, que la moyenne des articulations touchées a été de trois, en général les unes après les autres, et que, dans ce cas, c'est presque toujours la dernière atteinte qui l'a été le plus gravement et pour laquelle il a fallu lutter contre l'impotence fonctionnelle et l'ankylose. Que devient alors cette notion presque classique et admise sans discussion, qu'il n'y a que le rhumatisme articulaire aigu franc qui prenne plusieurs articulations successivement? Et que devient l'affirmation de Fournier que nous retrouverons tout à l'heure, au chapitre de la symptomatologie, que « le rhumatisme blennorragique se multiplie plus qu'il ne se transporte? »

Il paraît bien certain maintenant qu'on s'est fort exagéré la fixité de cette complication articulaire, du moins, avant que l'arthrite ne se soit constituée, tant que dure la période arthralgique. Et, comme pratique, il ressort de cette constatation, qu'il ne faut pas se hâter de conclure au rhumatisme articulaire aigu parce qu'il y a plusieurs articulations prises successivement.

Pour en finir avec cet aride chapitre de statistique, faisons remarquer que sur 82 observations qui suivent, 42 seulement se rapportent à des femmes ayant eu de la leucorrhée ou de la vaginite suspectes, ou à des femmes saines en apparence dont les enfants ont présenté de l'ophtalmie purulente à type gonococcique. Est-ce à dire que pour nos quarante autres observations il ne s'agit pas de rhumatisme blennorragique, nous ne le croyons pas, et nous ferons voir au cours de cette étude, que l'absence de signe de certitude de l'arthrite blennorragique, n'infirmes pas du tout le diagnostic. (Voir l'observation n° L, de Bar).

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions trouvées à l'autopsie des quelques cas mortels (observation n° XIX, de Georgiades) sont très variables. Dans la forme hydarthrosique, on note de la congestion de la séreuse et l'exsudation d'un liquide visqueux, filant, clair ou un peu louche, très coagulable, qui fait saillir les culs-de-sac synoviaux et distend les ligaments. Dans la forme arthritique, la synoviale présente des franges œdémateuses et le cartilage a un aspect granuleux et velvétique. Quand il y a suppuration, le liquide est crémeux, verdâtre et plus ou moins riche en grumeaux. Au microscope, on note de nombreux polynucléaires et une réaction hyperplasique des cellules conjonctives sous-endothéliales. Le cartilage est envahi par les éléments émigrés. Enfin l'os lui-même, par le contact du périoste se trouve atteint (H. Dufour). De récentes radiographies montrent flagrant ce dernier fait, qu'il nous paraît intéressant de signaler ici. L'état puerpéral, période de décalcification de l'organisme, doit agir au point de vue anatomo-pathologique pur, en favorisant l'apparition de l'arthrite blennorragique, affection qui s'attaque, du moins dans les formes suppurées aux cartilages, au périoste et à l'os. Or, nous venons de constater plus haut la grande fréquence relative du rhumatisme gonococcique chez la femme enceinte. N'y aurait-il pas là une explication satisfaisante?

CHAPITRE IV

SYMPTÔMES

Le rhumatisme blennorragique de l'état puerpéral présente exactement la même symptomatologie que chez un individu quelconque. On distinguera comme toujours les trois formes cliniques de Fournier : l'arthralgie, l'hydarthrose, l'arthrite, sans qu'il soit nécessaire que l'ordre ci-dessus soit observé. Leurs communes tendances sont la fixité (dans la douleur et dans le siège) et leurs formations plastiques offrant à la mobilisation une résistance toute spéciale et devenant l'origine d'ankyloses irrémédiables. Aucune arthrite, après guérison, ne laisse des séquelles d'impotence aussi formidables.

1° *Arthralgie*. — La douleur en est tout le symptôme, et ne présente pas de caractères particuliers. Souvent plusieurs articulations sont prises à la fois, avec une intensité très variable, et au bout d'un laps de temps irrégulier, l'affection semble se cantonner à l'une d'elles, en dédaignant les autres. La talalgie est assez rare chez la femme enceinte, et ne semble pas avoir été décrite en particulier.

2° *Hydarthrose*. — Cette forme se voit surtout au genou (gonocèle de Swediaur). L'épanchement se forme en général très lentement, et souvent sans grande douleur ; il est

le plus souvent très abondant, avec disparition du choc rotulien par plénitude complète de la cavité articulaire. S'il s'agit d'une accouchée, il n'est pas rare de croire à une phlegmatia (observation n° LXXIV). La résorption en est lente, on a vu des hydarthroses gonococciques durer des mois. En général, l'atrophie musculaire énorme et rapide, jointe au processus plastique dont nous avons parlé plus haut, aboutit à une ankylose plus ou moins complète, la jambe fléchie sur la cuisse.

Si l'hydarthrose siège à l'articulation tibio-tarsienne, la malade s'aperçoit du gonflement par l'étroitesse de sa chaussure, plutôt que par la douleur et la gêne des mouvements. La peau conserve sa couleur normale, et ce n'est que dans les épanchements considérables qu'on peut avoir une sorte diastasis allant jusqu'à la « jambe de polichinelle ».

3° *Arthrite*. — La forme plastique de l'arthrite blennorragique est de beaucoup la plus fréquente. Elle revêt la forme d'une inflammation poly-articulaire, rappelant la crise de rhumatisme articulaire aigu, avec une douleur qui n'est pas nettement articulaire, mais qui s'étend aux bourses séreuses et aux gâines séreuses voisines. De même, la tuméfaction occupe les téguments juxta-articulaires, avec empâtement et œdème. Le rhumatisme envahit une à deux articulations, puis passe à une autre, sans souvent quitter celle qu'il occupait : « Il se multiplie plutôt qu'il ne se transporte » (Fournier). Le nombre des articulations prises est variable : il peut, quoiqu'on en ait dit, se généraliser, et s'il ne paraît pas aussi souvent que le rhumatisme articulaire aigu, immobiliser la malade, cela tient à ce que les douleurs sont moins vives et que la patiente redoute moins de déplacer ses membres.

On peut aussi voir une forme monoarticulaire, où la dou-

leur est particulièrement intense et les phénomènes généraux très marqués : elle aboutit avec une rapidité désespérante à la formation d'exsudats plastiques amenant une ankylose complète (arthrite plastique ankylosante aiguë).

La forme purulente de l'arthrite blennorragique est plus rare infiniment. Rollet, qui l'avait niée à fini par en reconnaître lui-même l'existence. Comme nous le disions plus haut, on trouve rarement du gonocoque. En tout cas, le pus a un aspect remarquablement constant : c'est un pus verdâtre, crèmeux, mal lié, avec de nombreux grumeaux, en général sans odeur. Il ne semble pas avoir une tendance marquée à se reproduire rapidement après ponction de l'articulation. Cette forme aboutit toujours à l'ankylose, si l'on ne se hâte d'intervenir.

Les symptômes généraux sont souvent très atténués : frissons, légère élévation de température, quelques vomissements, accélération du pouls (autre cause de craindre une phlegmatia chez les accouchées) et la douleur s'installe, brutalement, sans autre signe prémonitoire. Les ganglions ne sont en général pas atteints, mais il y a une atrophie musculaire rapide et très accentuée.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Malgré ces symptômes qui semblent assez tranchés, l'arthrite blennorrhagique de l'état puerpéral a cependant été souvent confondue avec d'autres affections articulaires.

Pendant la gestation, lorsque la maladie débute par de la fièvre et des arthralgies multiples, on est tout de suite porté à croire à une attaque de rhumatisme articulaire aigu (voir observation n° L).

N'avons-nous pas vu que jusque dans les thèses écrites pour défendre le rhumatisme puerpéral de Lorain, il s'est glissé des observations ayant trait au rhumatisme ordinaire? « Cependant le rhumatisme articulaire aigu avec sa fièvre de 39° ou 40°, ses sueurs abondantes, avec l'anémie profonde qu'il détermine, avec ses atteintes habituelles d'endocardite se distinguera déjà du rhumatisme blennorrhagique » (Bégouin).

Et puis, dans le rhumatisme articulaire aigu, les articulations atteintes sont nombreuses, il y a une grande mobilité dans les symptômes locaux, enfin le salicylate de soude agit sur la douleur.

C'est là un tableau bien différent de celui du rhumatisme puerpéral, avec sa fièvre légère, son absence de sueurs, ses arthralgies des premiers jours qui cessent rapidement pour faire place à une arthrite presque toujours unique, tenace, rebelle.

Dans les suites de couches, c'est avec l'arthrite infectieuse à streptocoques ou à staphylocoques, que le diagnostic est parfois difficile. S'il y a infection utérine évidente, se traduisant par le grand frisson classique de l'infection purulente, on ne songera naturellement pas à une arthrite blennorragique, mais c'est dans le cas où l'infection est atténuée, qu'il est malaisé de se prononcer. Signes généraux et locaux se ressemblent alors, et ce n'est que sur des nuances que l'on pourra se guider, si l'on veut un diagnostic immédiat.

La connaissance d'une leucorrhée abondante, antérieure à l'accouchement, la coexistence d'une ophtalmie chez le nouveau-né, la présence d'un écoulement à gonocoques chez le mari pourraient indiquer la nature de l'affection, mais on n'aura pas toujours ces renseignements. Ce n'est alors que l'examen du liquide articulaire ou génito-urinaire, qui pourra lever les doutes.

L'arthrite traumatique, l'arthrite d'origine nerveuse, goutteuse, syphilitique, l'arthrite sèche se distingueront trop facilement pour que nous ayons besoin d'insister sur leurs caractères. Il n'en est pas de même de l'arthrite tuberculeuse. Si cette maladie n'a frappé dès le début qu'une seule articulation, si le sujet est faible et si on lui trouve des antécédents tuberculeux, on serait peut-être porté à croire à une tumeur blanche. Le début de l'arthrite tuberculeuse est cependant moins aigu, et dans la tumeur blanche, il est rare que la douleur soit aussi vive que dans l'arthrite blennorragique puerpérale. Le repos absolu calme assez vite en général la douleur spontanée de la tumeur blanche, il a une action moins rapide sur celle de l'arthrite blennorragique, qu'on réveille encore longtemps par le moindre mouvement.

Dans l'arthrite tuberculeuse, la tuméfaction articulaire

se produit moins vite, puis la sensation donnée par les fongosités est différente de celle de l'empâtement œdémateux blennorragique.

Mais, si l'examen approfondi des signes rationnels et physiques de la maladie articulaire peut mettre sur la voie et même, presque conduire au diagnostic, ce sera plus souvent encore, par un interrogatoire minutieux sur l'état antérieur des organes génitaux de la femme, par une enquête habile et discrète sur la possibilité d'une blennorragie chez le père de l'enfant, par l'existence enfin d'une ophthalmie chez le nouveau-né (Ross, Vinay, Lefour et Fieux), que le médecin arrivera à découvrir la nature blennorragique de l'infection.

CHAPITRE VI

TERMINAISON

Comment va évoluer cette arthrite? La résolution complète est exceptionnelle. Presque toujours, il existe un certain degré de gêne avec frottements articulaires, rétractions fibreuses et tendineuses, quelquefois des déformations, souvent des mouvements de latéralité, qui, pour Gosselin, dans le cas d'arthrite du genou, seraient liés à la destruction des ménisques semi-lunaires.

La forme plastique ankylosante est de beaucoup la plus fréquente, c'est celle qui donne les formes dites chroniques, qui peuvent apparaître d'une façon précoce (Fournier), ou bien plus souvent, survenir tardivement, sans inoculation nouvelle. Ce sont les polyarthrites noueuses, déformantes, dactylite phlegmoneuse de Fournier (talalgie blennoïragique de Jacquet) et la spondylose rhizomyélique de Pierre Marie, avec ankylose vertébrale complète, ankylose plus ou moins marquée des articulations de la racine des membres et intégrité des petites jointures (différenciation avec le rhumatisme chronique déformant ordinaire). Cette dernière forme est d'ailleurs exceptionnelle dans l'état puerpéral. L'ankylose est alors liée à une ossification directe des ligaments articulaires, qui équivaut à un processus de guérison, la période aiguë étant caractérisée uniquement par des douleurs dues à une ostéopa-

thie infectieuse ou toxi-infectieuse à tendance surtout raréfiante (H. Dufour).

La forme suppurée est aussi rare que la forme plastique ankylosante est fréquente. Elle a même été niée autrefois, mais des faits indéniables en font foi. Dans l'immense majorité des cas, il n'y a pas d'associations microbiennes avec le gonocoque. On trouve ce dernier à l'état pur ou on ne le trouve pas. La mort peut être la terminaison de cette arthrite, « bien plus souvent, dit Fiessinger, les pyarthroses blennorragiques évoluent avec un processus subaigu; on peut se croire en présence d'une simple hydarthrose, et la ponction seule révèle la suppuration ».

Sur nos 82 observations, nous n'avons relevé que 15 cas de suppuration. Peut-être y en aurait-il plus si, autrefois, on ne craignait pas autant de pénétrer dans une articulation. Il nous semble que bien des cas étiquetés hydarthrose pourraient à plus juste titre se dénommer pyarthrose.

Ces quinze cas de suppuration, s'adressant encore aux grandes articulations:

Genou droit	6
Genou gauche	3
Coude gauche	3
Coude droit	2
Tibio-tarsienne droite	1
Total.....	15

Sur ces quinze articulations, neuf étaient droites et six gauches.

Enfin, nous avons recherché dans ces cas de suppuration, combien de fois le gonocoque a été trouvé: sur les quinze cas, cherché dix fois, il a été trouvé quatre fois à l'examen direct, et une fois à l'ensemencement. (Dans ce dernier cas, d'ailleurs, il n'existait pas à l'examen direct.)

Quant aux cinq autres observations pour lesquelles aucune recherche bactériologique n'a été entreprise, il s'agit d'auteurs anciens (Simpson, Dubois, etc.), d'une période antérieure à la découverte du gonocoque de Neisser.

Quant à la terminaison proprement dite du rhumatisme blennorragique puerpéral, nous allons, une fois de plus, nous reporter aux observations qui suivent.

Sur les 82 cas, nous avons :

1 mort (d'affection intercurrente, d'ailleurs);

13 guérisons;

24 raideurs articulaires;

35 ankyloses complètes ou presque complètes;

Enfin 9 femmes ont été perdues de vue.

Ce qui nous donne une proportion de 42,5 % d'ankyloses et de 15,8 % de guérisons.

Quels que formidables que puissent paraître ces chiffres, il nous faut faire remarquer que, très probablement, ils sont au-dessous de la vérité. Car, dans les vingt-quatre « raideurs articulaires » il est à peu près certain qu'il rentre des cas d'ankyloses. Il s'agit là d'une question de degré et d'interprétation personnelle, pour laquelle il est très très difficile d'apprécier à distance ce que les auteurs ont voulu dire exactement. Nous nous en tiendrons à ces chiffres, qui, tels qu'ils sont, sont déjà suffisamment significatifs.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

« Le pronostic est le même que celui du rhumatisme ordinaire, seulement, il y a plus souvent persistance d'hydarthrose: il faut considérer le tempérament des individus » (Ricord). Combien une telle appréciation nous paraît inexacte maintenant, après les chiffres que nous venons de lire. Combien est plus grave le pronostic du rhumatisme blennorragique! Il nous faut rapprocher cette erreur de celle commise par Gosselin, quand il affirmait, en 1875, dans ses cliniques de la Charité, que « les synovites tendineuses ou articulaires développées sous l'influence de la blennorragie, ne se terminent jamais par la suppuration ». Par contre, si nous avons la curiosité de rechercher le pronostic de l'arthrite puerpérale pour les auteurs anciens, nous voyons que ceux-ci sont tombés dans l'excès contraire. Pour Lorain et ses élèves, pour Lancereaux, pour Duplay, qui dit rhumatisme puerpéral, dit ankylose de l'articulation touchée. Il est vrai qu'avec les méthodes de traitement de l'époque, ce n'était qu'exceptionnellement qu'on avait à noter une guérison.

Aujourd'hui, le pronostic est moins sombre. Il reste encore très réservé au point de vue fonctionnel et doit tenir compte en tous cas du traitement choisi et de la façon draconienne dont il doit être appliqué. L'examen des observa-

tions qui suivent, fait bien voir tous les écueils à éviter et combien ils sont nombreux. Comme nous allons le voir dans un instant, la question de l'interruption de la grossesse est jugée maintenant, et dans aucun cas, ne peut se poser pour le pronostic. De même, il ne semble pas que l'allaitement, vu l'état actuel de nos connaissances, doive être interrompu.

En résumé, tout le problème se pose à lutter contre l'ankylose où, plus exactement, à la prévenir.

CHAPITRE VIII

INFLUENCE DU RHUMATISME BLENNORRAGIQUE SUR L'ÉTAT PUERPÉRAL

La blennorragie aggrave la grossesse (Fruhinsholz), soit en l'interrompant (Favre, Maslowsky, Draghiescu), soit en compliquant la puerpéralité (Simpson, Lop). Toutes ces notions sont maintenant classiques, nous n'insisterons pas. Mais voyons l'influence du rhumatisme blennorragique.

1° *Influence sur la gestation.* — Celui-ci n'étant qu'un pseudo-rumatisme infectieux, dû à la gonococcie, maladie qui atteint tout l'organisme (Souplet), il était naturel de penser que, comme d'autres maladies infectieuses, le rhumatisme blennorragique devait avoir une influence fâcheuse sur l'évolution de la grossesse:

Lassort est le premier qui ait prétendu que l'avortement ou l'accouchement prématuré sont parfois la conséquence du rhumatisme blennorragique, et à l'appui de son dire, il cite dix observations, mais vraiment, aucune ne prouve le bien fondé de son affirmation. Dans deux d'entre elles (une empruntée à Hanot, observation n° I), c'est manifestement le salicylate de soude qui fut la cause de l'avortement. Dans deux autres, la maladie articulaire n'apparut que le lendemain et le surlendemain de l'avortement: il est difficile d'admettre dans ces conditions qu'elle en ait pu

être la cause. Dans une autre observation, l'avortement suit un érysipèle et il serait peut-être logique de penser que celui-ci en est la cause plutôt que l'arthrite. Enfin, les cinq dernières observations sont trop incomplètes pour qu'on puisse en tirer une conclusion.

Sur les sept observations qui suivent, et dans lesquelles l'interruption de la grossesse a eu lieu involontairement, nous avons deux cas (observations I et VIII) où, incontestablement, il s'agit d'avortements dus au salicylate. Pour les cinq autres, on peut en effet admettre que c'est le rhumatisme blennorragique qui a agi sur la gestation. Il n'en reste pas moins vrai que cinq cas sur cinquante ne sont pas une proportion impressionnante. D'ailleurs, il faudrait savoir exactement le mécanisme de cette action et il n'est pas prouvé qu'en poussant l'enquête à fond, on ne découvrirait pas quelque médicament emménagogue, quand ce ne serait que le simple sulfate de quinine distribué pour « couper la fièvre ». Dans notre observation personnelle n° XV, où l'accouchement prématuré s'est effectué dès l'arrivée à la Maternité, il ne nous a pas été possible de savoir exactement le traitement suivi depuis un mois. En résumé, il serait vraiment bizarre que le rhumatisme blennorragique ne fasse accoucher prématurément ou avorter que deux femmes sur cent. Si vraiment cette affection a une influence sur la gestation, il ne paraît pas explicable qu'on n'en ait si peu d'exemples.

2° *Influence sur l'accouchement.* — Poser la question, c'est la résoudre. Le simple bon sens prévoit en effet que l'arthrite blennorragique ne peut en aucune façon influencer ni le travail, ni l'expulsion.

3° *Influence sur les suites de couches.* — Aggravent-elles les suites de couches? Ici, les auteurs anciens sont entière-

ment d'accord avec les faits statistiques recueillis et observés. « Si l'on ne peut nier, dit Lorain, que l'organisme de la femme enceinte cherche à se débarrasser du produit de la conception, cause première du rhumatisme puerpéral, on est contraint de remarquer que le plus souvent le puerpérium y est complètement indifférent et que son évolution normale n'en paraît en rien troublée ». La deuxième partie de cette assertion reste toujours vraie. Dans aucune des observations qui suivent, l'on ne peut accuser le rhumatisme puerpéral d'avoir compliqué les suites de couches, soit dans leur gravité, soit dans leur durée. Les quelques cas de lochies fétides avec température se rapportent manifestement soit à l'infection à streptocoques, soit à la gonococcie urogénitale toujours présente, mais comme voilée derrière l'acuité des phénomènes articulaires. Il ne saurait d'ailleurs en être autrement. On ne se figure pas bien quel pourrait être le mécanisme de l'action aggravante du rhumatisme blennorragique sur les suites de couches. Il n'en reste pas moins vrai, qu'au point de vue thérapeutique ce sera pendant les suites de couches qu'on devra tout spécialement traiter la blennorragie, cause primitive de l'arthrite.

CHAPITRE IX

INFLUENCE DE L'ÉTAT PUERPÉRAL SUR LE RHUMATISME BLENNORRAGIQUE

Tout d'abord, disons quelques mots brefs de son influence sur la blennorragie elle-même.

La grossesse a une action défavorable, nettement aggravante sur la blennorragie (Furst, Fruhinsholz) au même titre que les états qui ont pour résultat habituel une exagération des sécrétions génitales. On ne peut en effet manquer d'être surpris, en parcourant des observations de femmes enceintes blennorragiques, du grand nombre de cas où les premiers signes cliniques d'une blennorragie se sont révélés à l'époque de la date probable de la fécondation. Or, nous croyons rationnel de penser que la simultanéité d'apparition de la blennorragie et de la conception, n'est le plus souvent que le ravivement, la réactivation d'une infection gonococcique latente, soulignée en quelque sorte par l'état de gestation, alors qu'on pourrait supposer que c'en est le début. De là, à expliquer la fréquence relative du rhumatisme blennorragique, il n'y a qu'un pas, si l'on admet que la gonococcie est plus fréquente chez les femmes en état puerpéral que chez les autres, toutes proportions gardées.

Il y a un autre fait sur lequel il faut reposer son attention : on disait autrefois, les deux grandes maladies stérili-

santes sont la syphilis et la blennorrhagie, la première tue l'œuf, la seconde empêche la fécondation et la nidation de cet œuf. Pour la syphilis, cette loi reste exacte. Mais l'est-elle toujours pour la blennorrhagie? Certes, on ne peut se dissimuler que l'endométrite et la salpingite à gonocoques soient une cause très fréquente de stérilité. Mais la grossesse ne peut-elle pas se développer quand même? N'existe-t-il pas des blennorrhagies simplement urétrales ou vaginales? Sinon, comment admettre le nombre relativement formidable d'ophtalmies à gonocoques chez les nouveaux-nés? Comment admettre l'existence des 266 cas de Fruhins-holz, de blennorrhagie compliquant la grossesse, et cela dans un laps de temps minime et dans une seule Maternité? L'argument resterait sans valeur, qui prétendrait expliquer ces faits par une infection au cours de la grossesse.

Il faut donc admettre que le gonocoque a une action beaucoup moins stérilisante qu'on l'a dit (Fabre et Dujol).

Voyons maintenant l'influence sur le rhumatisme blennorrhagique.

1° *Influence de la gestation.* — La grossesse aggrave-t-elle l'arthrite? Voit-on pendant cette période de l'état puerpéral des formes particulièrement pernicieuses, à évolution rapide, à terminaison plus vite ankylosante? Incontestablement, non. Il semble que la plupart des anciens auteurs aient été comme hypnotisés par cette notion générale en pathologie, de la plus grande gravité d'une affection chez la femme enceinte. Mais si cela est vrai et trop vrai pour la syphilis, la tuberculose, et comme nous venons de le voir pour la blennorrhagie, il n'est pas forcé qu'il en soit de même pour l'arthrite gonococcique. D'ailleurs, comme nous l'avons vu, le rhumatisme blennorrhagique, en dehors de l'état puerpéral, est loin d'avoir un pronostic

bénin. C'est une complication très grave, sinon *quoad vitam*, du moins par les formidables séquelles d'impotence fonctionnelle qu'elle laisse trop souvent derrière elle. Dès lors, comment admettre que cette affection sera susceptible de s'aggraver encore si l'on tient compte de ce fait que l'ankylose peut être considérée comme la terminaison la plus redoutable?

Quant à savoir si l'avortement ou l'accouchement guérira l'arthrite, nous nous reporterons, une fois de plus, aux faits. Lorain, le premier, avait affirmé cette action curatrice, puisqu'il avait délibérément proposé d'interrompre la grossesse dans le cas de rhumatisme puerpéral grave. Mercier, son élève, conclut comme lui, « *sublata causa, tollitur effectus* ». Plus tard, Gaulard reprend la même idée et tâche de la faire admettre, sans grand succès, semble-t-il.

Sur les 50 observations qui suivent, nous trouvons les chiffres suivants: sur 10 cas, où il y a eu interruption de la grossesse, soit volontaire (accouchement prématuré provoqué), soit involontaire (avortement), on note 5 ankyloses, 3 raideurs articulaires, 2 guérisons, soit 20 % de guérison.

Après 23 accouchements normaux, à terme, on note 14 ankyloses, 7 raideurs articulaires, 2 guérisons, soit 8,6 %.

Ces chiffres ne sont guère encourageants, et il faut avouer que nous ne sommes pas tentés maintenant d'interrompre la grossesse pour guérir le rhumatisme blennorragique.

2° *Influence de l'accouchement.* — C'est un traumatisme trop rapide pour qu'il puisse avoir une action quelconque.

3° *Influence de l'allaitement.* — Toujours par analogie avec les grandes maladies générales, la tuberculose sur-

tout, les anciens auteurs avaient pensé que l'allaitement, période de fatigue pour l'organisme, devait avoir une action nettement aggravante sur l'évolution du rhumatisme blennorragique. Lorain, le premier, soutint cette opinion, que devaient reprendre surtout ses élèves Vaille et Georgiades. Il faut avouer que même pour nous maintenant, cette théorie est marquée d'une certaine vraisemblance. Si l'allaitement a une influence si grave sur la tuberculose, c'est que c'est une période de décalcification intense de l'organisme. Or nous avons vu qu'on tend de plus en plus à admettre que l'arthrite blennorragique est une affection de déminéralisation. Il semblerait donc normal que l'allaitement dut aggraver le pronostic de cette affection. A vrai dire, les observations manquent.

Des sept observations que nous avons recueillies et où il est question de l'allaitement, il y en a quatre où l'arthrite s'est terminée par de l'ankylose, une par de la raideur articulaire (observation personnelle n° LXXIV) et une par la guérison. L'observation de Vaille (n° LXIX) où pendant une arthrite du septième jour des suites de couches, l'allaitement a été interrompu, s'est terminée par de la raideur articulaire. Vraiment ces chiffres ne signifient pas grand chose, car aucun auteur à part ceux cités plus haut, n'ont eu l'idée d'attacher la moindre importance à l'allaitement. Il nous semble qu'il y aurait là des recherches très intéressantes à faire avec les méthodes scientifiques que nous possédons maintenant.

4° *Influence des suites de couches.* — Sur l'arthrite en évolution, il est incontestable que les suites de couches n'ont aucune influence. Le plus souvent d'abord, l'ankylose est déjà constituée et la malade est considérée comme guérie, dès l'accouchement. En outre, les femmes sortent de l'hôpital systématiquement dès qu'on leur permet de se

lever et la plupart d'entre elles sont ainsi perdues de vue. Dans le cas de notre observation personnelle, n° LXXIV, il nous a été extrêmement difficile de faire admettre à la malade qu'elle avait intérêt à rester à l'hôpital, jusqu'à disparition complète de l'impotence fonctionnelle.

Quant aux trente-deux cas qui suivent, et où le rhumatisme blennorragique n'est apparu que pendant les suites de couches, on ne voit point que les manifestations articulaires aient été plus particulièrement graves et aiguës. Leur allure clinique ressemble identiquement à celle de l'arthrite à gonocoques chez la femme enceinte, et, par contre, nul ne peut affirmer que cette affection ait une gravité moindre que pendant l'état de gestation. Ce résultat ne doit pas nous étonner. En somme, les suites de couches ne sont que la continuation normale de cet état, et puisque nous avons admis que la gravidité n'est pas une cause aggravante du rhumatisme blennorragique, on pouvait prévoir qu'il en serait de même pour la période qui suivra l'accouchement.

CHAPITRE X

TRAITEMENT

Nous ne pouvons insister ici sur l'historique de tous les traitements proposés et appliqués. Ils ont varié naturellement avec l'idée qu'on s'est faite de la nature de ces affections articulaires. Mais, en général, il s'est toujours agi de traitements locaux, révulsion sous toutes ses formes, depuis le vésicatoire (Ricord, Bourdon), jusqu'aux sangsues (Lorain), en passant par la saignée, les badigeonnages à la teinture d'iode, les pointes de feu, et les bains de vapeur térébenthinée. C'est surtout dans les cas d'hydarthrose que cette médication a fait florès, sans grand résultat, semble-t-il. Et on est venu à l'idée de la ponction évacuatrice d'abord, puis suivie d'injection de liquide modificateur, en général à base d'iode (Gosselin), puis de la cautérisation transcurrente (Trélat). Plus tard, la doctrine de l'immobilisation règne toute puissante. Puisqu'on ne peut guérir l'arthrite, du moins faisons disparaître la douleur. Teissier, de Lyon, est le premier qui ait protesté au nom du bon sens, contre une telle méthode thérapeutique, qui donne lieu, d'après lui, en règle générale, « à des raideurs, à des épanchements de sang et de sérosité dans l'intérieur des articulations, à l'altération des synoviales, avec formation de fausses membranes, à celle des cartilages eux-mêmes, et enfin à l'ankylose complète

et définitive ». A cette époque, Eliçagarray admet qu'il vaut mieux l'immobilisation en extension, parce qu'elle permet à la malade de se servir de son membre par la suite. Mais Vœlker nie ce résultat du traitement et affirme que « toutes les arthrites blennorragiques qui doivent s'ankyloser le font sans qu'on y puisse rien ».

Puis vint l'époque où l'on administrait le salicylate de soude à haute dose. Nous renvoyons à la curieuse thèse de Balette, au sujet de cette médication, jugée aujourd'hui. De même pour le traitement par la quinine qui devait mettre à une rude épreuve les utérus gravides.

Aujourd'hui la tendance est tout autre. Le traitement actuel est naturellement variable selon les cas, mais toujours le but vers lequel doit tendre la thérapeutique est : calmer la douleur, combattre l'ankylose et l'atrophie musculaire, et éviter les déformations secondaires.

Le traitement interne donne peu de résultats. Tous les antinervins ont été proposés, l'iodure de potassium et la liqueur de Van Swieten ont été préconisés : mais il ne semble pas que ce soit une médication très active.

Le traitement local est le traitement par excellence. Les antinerveux ont été proposés, l'iodure de potassium et la cas, l'intervention chirurgicale n'étant légitimé que dans l'arthrite purulente qui est rare (Queyrat).

1° *Traitement médical.* — En premier lieu, nous mettons la méthode de Bier, l'hyperémie passive obtenue par compression élastique. Il nous paraît que cette vieille médication bien tombée en désuétude aujourd'hui, doit être reprise sans crainte pour le traitement du rhumatisme blennorragique, surtout de la forme arthralgique. Il y a quelques précautions à prendre : la bande ne doit pas être appliquée trop près de l'articulation lésée. L'application

bien faite doit être indolore. L'œdème doit rester rosé, la teinte violacée des téguments indiquant une constriction trop forte. La bande doit rester en place fort longtemps, de vingt à vingt-deux heures, et l'on doit obtenir la cessation de la douleur dès la deuxième heure. Cette méthode permet à cause de cela la mobilisation précoce de l'articulation.

Dominici et Guy ont préconisé l'emploi du radium dans le traitement de l'arthrite blennorrhagique. Il serait indispensable dans ce cas d'immobiliser l'articulation dans un appareil plâtré pendant les premiers jours du traitement et, comme ce dernier doit durer au moins quinze jours, il ne nous paraît pas que le résultat obtenu doive être bien brillant. Sans doute, il n'y aura plus douleur, mais s'il y a ankylose?

La méthode des bains térébenthinés est classique et nous n'aurions garde de n'en pas parler. L'émulsion de Piney Poward nous paraît la meilleure :

Essence de térébenthine..... ââ P. E.

Emulsion de savon noir.....

Le bain aussi chaud que possible doit durer en moyenne quart d'heure à une demi-heure. Il peut avantageusement se terminer par une douche d'air surchauffé, soit dans l'appareil de Laquerrière et Dausset, soit dans celui de Dowsing, méthode qui exerce une action sédative remarquable sur l'élément douleur.

Quant à l'électrothérapie, elle ne devra en aucun cas être cubliée. On utilisera le courant à intensité élevée (Delherm) dont les résultats sont très rapides. Mais il faut commencer le traitement en pleine période aiguë inflammatoire, avant le huitième où le dixième jour, avant que les exsudats fibrineux n'aient eu le temps d'immobiliser l'article.

Pour l'immobilisation, la question est infiniment plus complexe. Il est bien certain que rien ne calme la douleur comme la mise en gouttière ou même en appareil plâtré (Fernet). Il est bien certain, d'autre part, que les mouvements précoces, en plus de la douleur qu'ils occasionnent, ont tendance à mobiliser au loin et principalement le long des gâines tendineuses l'exsudat articulaire. Mais, par contre, n'avons-nous pas tous présents à la mémoire les lamentables résultats de l'immobilisation, au point de vue fonctionnel?

Sans parler de la formidable atrophie musculaire que le massage et l'électricité peuvent améliorer, n'oublions pas les ankyloses irrémédiables et follement rapides que cette méthode a occasionnées. Jetons un coup d'œil sur les observations qui suivent, pour nous en convaincre, et rappelons-nous toujours qu'on ne guérit pas un ankylose, donc qu'il faut la prévenir. Et dans l'hydarthrose, où l'on se contentait de faire de la compression comme si 20 centimètres d'ouate et une bande de toile étaient capables de faire disparaître un épanchement articulaire. Compression et immobilisation, voilà les causes efficientes de l'ankylose.

Mais, alors que faire ? S'il y a épanchement, tout le monde est d'accord sur la conduite à tenir : il faut évacuer l'articulation, la ponction aspiratrice du liquide devient nécessaire. Faut-il réinjecter des substances antiseptiques, pour réaliser ainsi une sorte de lavage de la séreuse ? (Filipi, Debove). Nous ne le pensons pas. Il faut noter en effet qu'il ne s'agit pas ici d'une hydarthrose tuberculeuse ou traumatique, qui, dans les deux cas a si grande tendance à se reproduire. L'épanchement articulaire blennorragique, comme le pus articulaire, ne se renouvelle pas si facilement. Une fois l'articulation vidée, ne pas craindre d'a-

jouter une centaine de pointes de feu, et aussitôt, profitant de la diminution de volume articulaire, commencer la mobilisation forcée, comme il sera dit plus loin.

Quant à la forme arthralgique pure sans épanchement, il faut bien en venir à l'immobilisation, mais coupée en quelque sorte le plus possible par des massages fréquents, des séances d'électricité, quelques mouvements actifs même dans la limite où la sensibilité de la malade lui permettra d'en avoir le courage.

2° *Traitement biologique.* — Pour être complet, il nous faut dire deux mots rapides du traitement par les sérums et les vaccins antigonococciques, méthodes curatives qui, vraisemblablement seront celles de l'avenir, mais qui aujourd'hui, il faut le reconnaître, sont loin d'être au point.

a) *Sérums.* — Par analogie avec les autres maladies, il était tout indiqué de penser à ce mode de traitement.

En 1906 apparaît le sérum de Rogers et Torrey, qui ne donne aucun résultat, dans les urétrites gonococciques, mais que Swinburne recommande pour les arthrites blennorragiques.

En 1910, Maillet, toujours par analogie, propose l'auto-sérothérapie. Il ne semble pas que cette méthode ait donné de fameux résultats.

En 1911, c'est le sérum de Fisichella, de Milan, qui lui aussi, tombe dans l'oubli.

En 1919, Debré et Paraf essaient de remettre à la mode le sérum de Rogers et Torrey, en remplaçant par ponction le liquide des hydarthroses par une quantité égale de sérum. Leurs observations personnelles accusent quatorze succès sur quinze cas traités. Mais qu'entendent-ils par succès?

b) *Vaccins.* — Il faut venir jusqu'en 1909 pour trouver un vaccin antigonococcique. C'est celui de Wright.

En 1911, Ramond propose l'auto-vaccin. Mais les réactions sont tellement violentes que la méthode doit être abandonnée. La même année, c'est le vaccin de Renaud.

En 1913, Nicolle et Blaizot sortent leur « Dmégon », dont les résultats ont été si déconcertants selon les cas. Dans notre observation n° LXXIV, l'effet en fut absolument nul.

En 1919, c'est le vaccin de Creuze et la même année la « rhéantine » ou entéro-vaccin de Lumière et Chevrotier, conçu par analogie avec leur entéro-vaccin antityphique.

Enfin, en 1918, paraît le lipo-vaccin de Le Moignie, Sésary et Demonchy. Il semble actuellement que ce soit ce dernier produit qui ait donné dans l'arthrite blennorragique le meilleur résultat. L'excipient huileux permet d'obtenir un ralentissement remarquable de l'absorption et par suite d'injecter en une seule fois une dose plus considérable de microbes. Nous renvoyons à la thèse récente de Troncy sur cette question qui déborde les limites que nous avons fixées à cet ouvrage.

En tous cas, ce traitement biologique devra toujours être associé aux autres médications et non en tenir lieu et place.

3° *Traitement chirurgical.* — Nous avons vu tout à l'heure qu'il n'est applicable qu'en cas d'arthrites suppurées, mais dès lors, il n'y a plus que lui d'applicable. Dès que les signes généraux et locaux font prévoir la présence du pus dans la cavité articulaire, dès que la ponction exploratrice l'a confirmée, c'est à l'arthrotomie et à l'arthrotomie seule, large et précoce, que l'on doit s'adresser. Nous vivons à une époque où la chirurgie aseptique est sûre d'elle-même, profitons-en. Lavons notre séreuse articulaire profondément et longuement, que ce soit à l'éther ou au sé-

rum, peu importe. Ensuite ne drainons pas. Nous savons combien le gonocoque est un microbe peu résistant, combien il est peu pyogène. Il n'y a pas à craindre que le pus se reforme dans l'articulation, mais nous avons tout à craindre de la contamination extérieure. Pas de drainage filiforme: suturons carrément la séreuse en un plan et la peau en un autre plan. Immobilisons en gouttière pour le réveil de l'anesthésie générale, ne craignons pas de saturer de morphine notre malade, surtout si c'est une arthrite des suites de couches et laissons-la complètement tranquille vingt-quatre heures. Mais dès le lendemain de l'intervention, commençons la mobilisation. Ici, le médecin aura à se heurter à d'innombrables difficultés, dont la principale sera le mauvais vouloir de la malade qui a peur de souffrir. Il est incontestable que la mobilisation dans ces conditions est atrocement douloureuse, que les premières séances seront un véritable martyre. Mais aussi quel résultat ! Reportons-nous à l'observation d'Horion (n° XIV), où la mobilisation a commencé le lendemain de l'arthrotomie, où la malade s'est levée le sixième jour et où elle est sortie un mois après sans la moindre raideur articulaire. Comparons ensuite avec notre observation personnelle n° LXXIV, où la mobilisation ne fut commencée que le dixième jour (et avec quelle peine l'idée en fut admise par la malade) où la femme ne se levait que le vingt-sixième jour, avec déjà de l'ankylose en flexion, et où elle sortait le trente-huitième jour avec de la raideur articulaire et une certaine limitation des mouvements. Ces faits parlent d'eux-mêmes, mais il faut se rappeler les difficultés innombrables qu'on aura à obtenir l'autorisation de commencer la mobilisation dès le lendemain de l'arthrotomie.

En résumé, c'est la méthode de Wilhems pour les plaies de guerre des articulations qu'il faut employer. Evacuer

l'épanchement purulent comme une simple hydarthrose ou hémarthrose. Pour cela, arthrotomie large avec lavage de la cavité, puis mobilisation active immédiate.

4° *Traitement crénothérapique.* — Pour finir, disons un mot du traitement par les eaux minérales. La question est d'autant plus complexe qu'il va s'adresser à des femmes en état puerpéral et qu'on ne peut, pendant la gestation, prescrire une cure de ce genre. C'est donc un traitement qui, dans ce cas particulier, sera réservé à l'amélioration des complications lointaines. Il est bien certain d'autre part que jamais une saison d'eaux thermales ne saurait à elle seule guérir un rhumatisme blennorragique. Dans les cas les plus favorables, ce ne devra jamais être qu'un traitement accessoire, mais qui a son intérêt par les résultats très heureux et souvent inattendus qu'on en voit tirer.

Mais parmi la multitude des stations thermales qui améliorent les rhumatismes chroniques, lesquelles devons-nous recommander? Dans les eaux sulfureuses, il faut placer en premier lieu : Barèges, Bagnères-de-Luchon (source des Romains ou source Ferras), Vernet-les-Bains et surtout Aix-les-Bains. Dans cette dernière station, on se trouvera très bien des bouillons de bains de vapeur sur l'articulation malade et des douches-massages.

Parmi les eaux chlorurées sodiques, notons Bourbon-L'Archambault (étuves partielles).

Enfin, parmi les calciques et magnésiennes, citons Barbotan-du-Gers (bains de boue), Hamman R'Hira et Hamman Meskoutine en Algérie, et surtout Dax. Cette dernière station thermique mériterait d'être mieux connue par les incontestables résultats obtenus dans les vieilles arthrites avec limitation des mouvemens. On emploiera surtout les

bains de boue végéto-minérale de 35° à 42° pendant dix minutes, ce qui détermine un éréthisme circulatoire très violent.

Seront justiciables de ce traitement, les convalescences d'arthrites anciennes sans ankylose complète, mais avec déformation et persistance des crises douloureuses.

Enfin, il ne faut jamais oublier de traiter la blennorragie uro-génitale elle-même. Par analogie avec le rhumatisme gonococcique chez l'homme, où l'on doit se souvenir qu'il existe toujours de l'urétrite, de même, il ne faut pas perdre de vue que, chez la femme en état puerpéral, faisant du rhumatisme blennorragique, le traitement local de la gonococcie génitale reste une condition essentielle du succès thérapeutique.

ARTICLE III

OBSERVATIONS

CHAPITRE PREMIER

RHUMATISME BLENNORRAGIQUE PENDANT LA GROSSESSE (50)

OBSERVATION PREMIÈRE

(Résumée)

(Hanot)

X..., 20 ans, Ipare, ménagère. Aucun antécédent. Pas de trace de blennorrhagie.

Les dernières règles ont eu lieu normalement le mois précédent. Depuis trois jours, douleur genou gauche, frisson, fièvre. Salicylate pendant quatre jours à la dose de 4 grammes. Grosse métrorrhagie dans laquelle on trouve un embryon d'un peu plus d'un centimètre de long. Au bout d'un mois, la tuméfaction du genou n'a pas diminué, les douleurs ont un peu cédé.

Sort, au bout de trois mois, avec une articulation indolore, mais complètement ankylosée.

Remarque. — Il s'agit incontestablement d'une arthrite à gonocoques, bien qu'on n'ait pu trouver trace de blen-

norragie. L'avortement n'a pas guéri l'arthrite et Hanot lui-même ne cache pas qu'il tient le salicylate comme cause déterminante de la fausse-couche.

OBSERVATION II

(Résumée)

(Charcot)

X..., 28 ans, Ipare.

Au deuxième mois de la grossesse, douleur genou gauche, avec tuméfaction considérable. Puis les deux poignets et les deux coudes se prennent. Sangsues.

Dix-huit ans après, raideur marquée du genou gauche, ankylose complète du coude et du poignet droits.

OBSERVATION III

(Résumée)

(Georgiades)

X..., 26 ans, Vpare. Trois accouchements normaux, à terme, une fausse-couche, sans cause connue. Leucorrhée depuis le début de sa cinquième grossesse. Au deuxième mois, douleur aux deux épaules et au genou gauche. Immobilisation. Accouchement normal, à terme. La malade allaite.

Sort, un mois après son accouchement, avec une ankylose complète du genou gauche.

OBSERVATION IV

(Résumée)

(Bar)

X..., 24 ans, Ipare, cuisinière. Leucorrhée assez abondante depuis un ans, ne s'étant jamais compliquée d'urétrite.

La grossesse fut normale comme l'accouchement. Pendant la première partie de la grossesse actuelle, l'écoulement leucorrhéique prit une intensité plus grande. Dans le courant du deuxième mois, douleur à l'articulation métacarpo-phalangienne du médius droit. Dans le courant du troisième mois, l'articulation du poignet droit se prend. Au sixième mois, urétrite, douleurs à la miction, épreintes vésicales. Immobilisation. Comme la douleur diminue, la malade sort et est perdue de vue.

Examens bactériologiques : sécrétions vaginales : pas de gonocoques ; sécrétions urétrales : gonocoques.

OBSERVATION V

(Résumée)

(Dubois)

X..., 22 ans, Ipare, blanchisseuse. Au troisième mois de la grossesse, douleur au genou et au coude droits, puis à la hanche gauche. En un mois, le genou et le coude guérissent. Accouchement normal, à terme. Suites de couches normales.

Ankylose complète de la hanche.

Remarque. — Devant un tel ensemble de symptômes, l'auteur a-t-il raison de conclure au rhumatisme articulaire aigu ? Il ne nous semble pas. Cette ankylose terminale de la hanche, après évolution aussi prolongée, porte la signature du gonocoque.

OBSERVATION VI

(Résumée)

(Tison)

X..., 18 ans, Ipare, blanchisseuse. Au troisième mois, frisson et fièvre, douleur au genou et au cou-de-pied droits.

Sort deux mois après, avec une ankylose complète du genou.

Perdue de vue ensuite.

OBSERVATION VII

(Résumée)

(Vachée)

X..., 19 ans, passementière, Ipare. Au quatrième mois, douleur genou droit. Sangsues. Accouchement normal à terme. La malade ne sort que cinq mois et demi après, avec une ankylose complète et une articulation encore douloureuse à la palpation.

Remarque. — L'auteur affirme que, dès l'accouchement, la tuméfaction a diminué. Mais cinq mois et demi après, l'articulation était encore douloureuse.

OBSERVATION VIII

(Résumée)

(Talamon, in Balette)

X..., 24 ans, Ipare. Pas d'antécédents. Au quatrième mois, douleur à l'épaule et au coude droits. Salicylate à la dose de 6 grammes par jour pendant deux mois et demi. Accouchement prématuré au terme de sept mois et demi. Enfant mort et macéré.

La malade sort quinze jours plus tard, avec une ankylose complète de son coude droit.

Remarque. — Il est très vraisemblable, comme dit l'auteur, que ce soit le salicylate qui ait interrompu la grossesse et non l'arthrite. En tous cas, ce qui n'est pas admissible, c'est l'opinion de Mercier citant cette observation, que l'accouchement a guéri l'arthrite.

OBSERVATION IX

(Résumée)

(Brun)

X..., 28 ans, Vpare, blanchisseuse. Les quatre premières grossesses et les quatre accouchements normaux. Au quatrième mois de la cinquième grossesse, douleur aux deux articulations tibio-tarsiennes, et au poignet gauche. A la même époque, présente de la vaginite. Un mois plus tard, sort guérie.

OBSERVATION X

(Résumée)

(Georgiades)

X..., 30 ans, Ipape, cuisinière. Au quatrième mois, douleur à la hanche et au genou gauches. Sangsues, vésicatoires.

Sort trois mois après avec de la raideur articulaire du membre inférieur gauche.

OBSERVATION XI

(Résumée)

(Celles)

X..., 28 ans, Ipape.

Premier accouchement normal.

Deuxième accouchement normal. Quelques jours après, crise de douleurs articulaires à l'épaule droite ayant duré quinze jours.

Au quatrième mois de la troisième grossesse, douleur au

coude gauche, frisson, fièvre. Le lendemain, le genou droit se prend. Mauvais état général.

Un mois plus tard, la malade sort, le genou raide, mais sans ankylose.

Remarque. — Voici encore une observation où de multiples articulations touchées les unes après les autres pourraient faire penser au rhumatisme aigu. Et cependant cette impotence fonctionnelle au bout d'un mois, pour laquelle l'auteur se croit forcé d'ajouter, sans ankylose, semble suspecte. La malade est perdue de vue. Qui sait où en était l'articulation au bout d'un an.

OBSERVATION XII

(Résumée)

(Celles)

X..., 22 ans, Ipare, domestique. Pas d'antécédents rhumatismaux. Leucorrhée abondante depuis quatre mois.

Au quatrième mois de la grossesse, douleur au poignet gauche et à l'articulation tibio-tarsienne du même côté. Salicylate pendant dix jours. Le pied va mieux.

Sort au bout de vingt jours avec une ankylose complète du poignet.

OBSERVATION XIII

(Résumée)

(Bégouin)

X..., 21 ans, Ipare.

Au quatrième mois de la grossesse, atteinte d'arthrite du genou gauche. Leucorrhée depuis le début de sa grossesse. Le mari a une blennorragie urétrale non encore guérie. L'examen bactériologique de l'épanchement du ge-

nou donne quelques rares gonocoques à l'examen direct. La culture sur gélose au sang ne donne rien.

Sort au bout de deux mois avec une raideur marquée.

OBSERVATION XIV

(Résumée)

(Horion)

X..., 21 ans, Ipare, couturière. Pas d'antécédents. Leucorrhée jaune grisâtre, épaissée et tachant le linge, mictions douloureuses depuis un an.

Au quatrième mois de la grossesse, douleur et empatement du genou droit. En trois jours, tuméfaction énorme et atrophie musculaire extrêmement marquée. Choc rotulien. Arthrotomie large. Issue d'un liquide louche, avec des exsudats fibrineux et des gonocoques à l'examen direct. Dès le lendemain, mobilisation. Le sixième jour, on fait lever la malade. Un mois après l'opération, la malade sort guérie, sans la moindre ankylose. Revue trois mois après. La malade en est au septième mois de sa grossesse. Le jeu articulaire est normal. On note simplement un peu d'atrophie musculaire, à droite.

Remarque. — Ici, malgré l'intervention, pas d'interruption de la grossesse et cependant l'arthrite a guéri avant l'accouchement.

OBSERVATION XV

(Inédite)

(Observation personnelle)

Mme F. R..., 18 ans, Ipare, passementière.

Entrée le 20 septembre à la Charité, dans le service du docteur Legry, pour douleur dans le genou droit.

Antécédents héréditaires: rien à signaler.

Antécédents personnels: broncho-pneumonie dans l'enfance, consécutive à une rougeole; pas d'autres maladies; jamais de crises rhumatismales; réglée à 12 ans et demi, régulièrement depuis.

Histoire de la maladie. — Les dernières règles datent de la fin de mars. Début de grossesse tout à fait normal; pas de vomissements.

Vers le quatrième mois, la malade a remarqué des pertes blanches tachant le linge en jaune. Douleur en cuisson à la miction. La femme ne s'en est pas inquiétée autrement.

Vers le début de septembre, courbature et mauvais état général; à ce qu'il semble, à cette époque, aurait fait de la fièvre, céphalée, frissons.

Le 7 septembre, s'étant agenouillée, a brusquement ressenti dans le genou droit une douleur très violente et insoutenable. La malade a eu l'impression, dit-elle, que son genou était démis. Elle applique un pansement serré; les douleurs continuent.

Le 9 septembre, la malade fait venir un médecin qui pose le diagnostic de rhumatisme aigu et prescrit des onctions avec un liniment, vraisemblablement au salicylate de méthyle. Légère amélioration, mais la fièvre continue, légère, au dire de la malade, le genou à cette époque n'a pas encore augmenté de volume.

Le 20 septembre, elle se décide à entrer à l'hôpital.

Examen. — Le genou est très tuméfié, avec disparition des méplats et des culs-de-sac articulaires. Les douleurs ont un peu diminué surtout les spontanées. Mais les mouvements du membre inférieur droit, sont toujours extrêmement sensibles. Choc rotulien très net, et tension marquée des culs-de-sac rotuliens. Epanchement articulaire d'un volume moyen. La douleur existe à la pression des

plateaux tibiaux et les mouvements de flexion sont très limités mais possibles et douloureux. L'extension est absolument normale.

Bon état général, pas de fièvre, pas d'albumine dans les urines. Tous les autres appareils sont normaux.

Les pertes blanches ont considérablement diminué et ne tachent plus le linge en jaune.

On pose alors le diagnostic de rhumatisme blennorragique et on fait une série de dix piqûres de Dmégon, pendant dix jours. Immobilisation dans une gouttière.

Le 3 octobre, l'épanchement ayant encore augmenté de volume, on ne perçoit plus le choc rotulien. Ponction exploratrice: on ramène un liquide épais et franchement trouble, jaunâtre, avec dépôt purulent. A l'examen bactériologique, on note de nombreux polynucléaires non altérés: pas de gonocoque.

Culture sur gélose-ascite, sans résultat.

Le 5 et le 8 octobre, comme le genou ne diminue pas de volume, on fait deux injections de 40 centimètres cubes de sérum antigonococcique de Pasteur.

Le 11 octobre, on note une réaction locale assez vive à l'abdomen, avec douleur, tuméfaction et empâtement. Pas de troubles généraux.

Le 13 octobre, vers 14 heures, premières douleurs utérines. Celles-ci s'arrêtent un peu la nuit.

Le 14 octobre, vers 4 heures, fortes douleurs. A 7 heures, rupture des membranes. On fait passer la malade à la Maternité.

A l'examen, on trouve: tête en bas, engagée, dos à gauche, enfant vivant, membranes rompues, dilatation comme 5 francs. L'utérus remonte à 25 centimètres de la symphyse.

A 8 h. 30, expulsion d'un garçon vivant, pesant 2 kilos.

A 9 h. 30, la délivrance ne se décolle pas, la femme perd un peu. A 10 heures, même état: on décide de faire une délivrance artificielle. Placenta sorti morcelé, mais complet.

Le soir, élévation thermique. Température, 39°2. Pouls, 104.

Le genou est encore énorme, globuleux, tuméfié: les culs-de-sac synoviaux sont tendus à l'extrême. Légère augmentation de la température locale, en faveur du côté malade. L'épanchement est toujours très important comme quantité. Les douleurs spontanées ont presque complètement disparu, les mouvements de flexion sont encore douloureux mais bien moins qu'à son entrée en médecine. L'atrophie musculaire est énorme à droite.

Le 15 octobre, la température est revenue à la normale. On décide de retirer la gouttière et de faire faire à la femme quelques mouvements de mobilisation. Celle-ci ne s'y prête guère.

Le 17 octobre, suites de couches normales. La malade allaite.

Le genou diminue rapidement de volume. La mobilisation est abandonnée, car la malade déclare ne pouvoir la supporter. Massage.

Le 19 octobre, l'état de l'articulation s'améliore très vite. Les mouvements de flexion sont maintenant indolores. Le docteur Metzger, étant d'avis de faire néanmoins l'arthrotomie, la malade décide qu'elle n'acceptera aucune intervention.

Le 21 octobre, le genou est notablement diminué de volume. La malade, qui exécute elle-même, des mouvements de mobilisation, exagère manifestement son amélioration dans la crainte de l'intervention.

Le 23 octobre, la malade sort sur sa demande, avec une

raideur articulaire très marquée et un genou indolore, mais encore augmenté de volume. Perdue de vue ensuite.

OBSERVATION XVI

(Résumée)

(Quinquaud)

X..., 33 ans, Ipare, blanchisseuse.

Au cinquième mois de la grossesse, après frissons et fièvre, arthrite du poignet droit. Vésicatoires sans résultat. Accouchement à terme normal, suites de couches normales.

Sort au bout d'un mois avec une ankylose complète.

Remarque. — L'auteur se refuse à la suite de son maître Lorain, à admettre le rhumatisme blennorrhagique, parce que la femme nie avoir jamais eu de leucorrhée.

OBSERVATION XVII

(Résumée)

(Huchard)

X..., 22 ans, Ipare.

Une grossesse normale. Au cinquième mois de la deuxième grossesse, arthrite poignet gauche. Vésicatoires sans effet.

Sort sur sa demande quinze jours plus tard. L'articulation est raide et toujours douloureuse. Perdue de vue ensuite.

OBSERVATION XVIII

(Résumée)

(Georgiades)

X..., 34 ans, Ipare, ménagère. Un accouchement normal à terme. Les suites de couches furent longues et fébriles, sans cause connue.

Au cinquième mois de la seconde grossesse, douleur au coude droit. Epanchement marqué, pointes de feu.

Sort au bout de deux mois, guérie.

OBSERVATION XIX

(Résumée)

(Georgiades)

X..., 19 ans, cuisinière. Un accouchement normal à terme.

Dans le courant du cinquième mois de la deuxième grossesse, douleur côté droit. Epanchement. Vaginite concomitante. Accouchement prématuré au terme de sept mois et demi. L'enfant meurt deux jours plus tard, athrepsique. A cette époque, l'ankylose du coude droit est complète. La malade meurt trois mois plus tard de péritonite, suite de rupture d'un ulcère d'estomac.

Remarque. — Dans cette observation, on ne peut vraiment dire que ce soit l'arthrite du genou qui ait provoqué l'accouchement prématuré, ainsi que l'auteur l'affirme. Il s'est en effet écoulé deux mois entre le début des douleurs et l'accouchement. Il est plus vraisemblable de croire que l'ulcus en évolution a influencé la gestation.

OBSERVATION XX

(Résumée)

(Mercier)

X..., 33 ans, Iparé, blanchisseuse, Aucun antécédent, jamais de leucorrhée.

Au cinquième mois de la grossesse, douleur poignet droit. Révulsion sans résultat. Accouchement normal, à terme.

Sort deux mois plus tard, avec de la raideur articulaire très marquée.

OBSERVATION XXI

(Résumée)

(Fournier)

X..., 23 ans, Ipare, cuisinière. Leucorrhée depuis le début de la grossesse, n'ayant jamais taché le linge en jaune.

Au cinquième mois, douleur au coude droit, puis gauche, puis au poignet droit. Au huitième mois, érysipèle de la face, contracté par contagion dans le service. Guérison en quinze jours. Accouchement normal à terme.

Sort un mois plus tard, raideur marquée du poignet gauche.

Remarque. — L'auteur affirme qu'il n'y a pas de blennorrhagie, donc qu'il ne peut s'agir de rhumatisme gonococcique. Mais qu'est-ce que c'est que cette crise de rhumatisme articulaire aigu durant cinq mois et terminée par une raideur très marquée?

OBSERVATION XXII

(Résumée)

(Elicagaray)

X..., 23 ans, Ipare. Leucorrhée tachant le linge en vert depuis une quinzaine de jours.

Dans la première moitié de la grossesse, douleur à l'épaule gauche, puis au poignet gauche. Révulsion sans résultat. Avortement sans cause connue.

Sort trois mois après avec une raideur très marquée du poignet gauche.

Remarque. — L'auteur fait remarquer que vraisemblablement, l'avortement ne fut pas le résultat de l'arthrite, et qu'en tous cas, il ne l'a pas améliorée.

OBSERVATION XXIII

(Résumée)

(Charcot)

X..., 23 ans, Ipare cuisinière.

Au sixième mois de la grossesse douleur genou, cou-de-pied et poignet droits. Un mois après, toutes les articulations vont mieux, sauf le genou. Accouchement normal, à terme. Au huitième jour des suites de couches, après avoir été laver à la rivière, arthrite genou droit. Ankylose complète.

Remarque. — Il ne semble vraiment pas que l'accouchement ait amélioré cette arthrite.

OBSERVATION XXIV

(Résumée)

(Vaille)

X..., Ipare.

Au sixième mois de la grossesse, douleur cou-de-pied et coude droits. Au huitième mois, on provoque l'accouchement. L'enfant meurt quelques jours plus tard.

La malade sort quinze jours plus tard, avec une ankylose complète du coude.

Remarque. — Voici un enfant sacrifié pour obtenir une ankylose complète, résultat dont l'auteur paraît très satisfait.

OBSERVATION XXV

(Résumée)

(Quinquaud)

X..., 20 ans, Ipare, passementière.

Dans le courant du sixième mois de la grossesse coïn-

cidant avec une leucorrhée abondante, douleur articulation tibio-tarsienne gauche et poignet droit. Accouchement normal, à terme. A cette époque, souffre encore de son cou-de-pied gauche, raideur très marquée.

Perdue de vue ensuite.

OBSERVATION XXVI

(Résumée)

(Georgiades)

X..., 22 ans, Ipare.

Au sixième mois de la grossesse, douleur au coude gauche. Salicylate. Quinze jours plus tard, le genou droit se prend.

Sort, avant son accouchement, avec une ankylose complète du genou droit. Perdue de vue ensuite.

OBSERVATION XXVII

(Résumée)

(Barral)

X..., 32 ans VIpare, ménagère.

Cinq accouchements normaux, à terme. Trois enfants morts rachitiques en bas âge.

Au sixième mois de la sixième grossesse, douleur au cou-de-pied droit. Fièvre légère. Salicylate à haute dose.

Sort, six mois après, avec une raideur articulaire marquée.

Remarque. — L'auteur ne parle aucunement de l'accouchement qui a dû survenir pendant le traitement. En tous cas, il ne semble pas que cet événement ait amélioré l'état de l'articulation.

OBSERVATION XXVIII

(Résumée)

(Tracou et Bué)

X..., 27 ans, IIIpare.

Les deux premiers accouchements normaux, à terme.

Au sixième mois de la grossesse, sans cause appréciable, s'installe une arthrite aiguë du genou droit. Pas de leucorrhée ni d'écoulement urétral.

Au huitième mois, accouchement provoqué à l'aide d'une sonde utérine, puis de douches de Kiwish. Accouchement normal. Fille vivante, présentant une malformation de la main droite. Le genou reste en gouttière et on interdit l'allaitement. La douleur disparaît au quinzième jours. La malade sort, le vingtième jour, non guérie, avec une raideur articulaire assez marquée.

Revue deux mois plus tard. L'enfant est mort d'athrepsie et il y a encore une très forte hydarthrose au genou, et une certaine limitation des mouvements.

Remarque. — Il ne semble pas que le résultat obtenu soit bien brillant: enfant mort, impotence fonctionnelle importante. On doit se demander si la vie de l'enfant n'aurait pas été sauvegardée en le laissant venir à terme et en permettant l'allaitement et si, dans ce cas, le résultat articulaire aurait été pire.

OBSERVATION XXIX

(Résumée)

(Bouillaud in Fournier)

X..., 18 ans, Ipare, blanchisseuse.

Au septième mois de la grossesse, douleur au poignet gauche, avec impotence fonctionnelle complète. Sangsues

et vésicatoires sans résultat. Accouchement normal à terme.

Sort avec une ankylose complète.

OBSERVATION XXX

(Résumée)

(Vaillé)

X..., 19 ans, Ipare.

Au septième mois de la grossesse, douleur poignet droit, avec frissons et fièvre. Deux jours plus tard, les deux genoux et l'épaule droite se prennent. Présentait depuis deux mois un écoulement vaginal blanc jaunâtre, puriforme et tachant le linge. Toutes les articulations vont mieux huit jours après, sauf le genou droit. Le même jour, arthrite de l'articulation sterno-claviculaire gauche.

La malade sort, sur sa demande, et est perdue de vue.

OBSERVATION XXXI

(Résumée)

(Huchard)

X..., 24 ans, Ipare, cuisinière.

Au septième mois de sa deuxième grossesse, douleur au coude gauche. Vésicatoires sans résultat. Accouchement normal, à terme; suites de couches normales.

Sort quinze jours plus tard avec une raideur assez prononcée du coude. Un mois plus tard, rentre à l'hôpital pour arthrite récidivante coude gauche, avec mauvais état général. Mobilisation forcée, sort un mois après avec une ankylose complète.

OBSERVATION XXXII

(Résumée)

(Dubois)

X..., 28 ans, Ipare, domestique.

Depuis six semaines, leucorrhée jaune verdâtre, tachant le linge. Douleur à la miction.

Au septième mois de la grossesse douleur à l'épaule gauche, au coude et au genou droits. Puis deux jours après, le genou gauche se prend. Accouchement normal, à terme.

Sort quinze jours après, non guérie, avec une boiterie très accentuée.

Six mois après, est revue avec une ankylose complète du genou gauche.

OBSERVATION XXXIII

(Résumée)

(Georgiades)

X..., 31 ans Ipare, mouleuse. Soignée deux ans auparavant à Saint-Antoine pendant deux ans pour arthrite genou gauche, coïncidant avec des pertes jaunâtre, tachant le linge. Ankylose complète du genou à la suite.

Au septième mois de sa grossesse, douleur hanche droite avec frisson et fièvre. Immobilisation. Un mois plus tard, passe dans une maternité, où elle est perdue de vue.

Remarque. — Il est malheureux que cette observation soit incomplète. Car il semble qu'il s'agisse là d'une récursive atteignant une autre articulation. Il aurait été aussi intéressant de savoir si l'accouchement avait eu lieu prématurément.

OBSERVATION XXXIV

(Résumée)

(Alexandre)

X..., 23 ans, Ipare, cuisinière.

Dans le courant du septième mois de la grossesse, douleur au poignet droit et au genou droit. Appareil à extension continue à 4 kilos pour le genou. Accouchement normal, à terme; suites de couches normales.

Sort seize jours après avec une ankylose du genou et de la raideur du poignet.

OBSERVATION XXXV

(Résumée)

(Fournier)

X..., 25 ans, Ipare, domestique. Leucorrhée depuis deux ans, plus marquée depuis le début de sa grossesse.

Au septième mois, douleur au coude gauche et au genou droit. Pour cette dernière articulation épanchement considérable et grosse tuméfaction. Immobilisation. Les douleurs ne cessant pas la malade sort sur sa demande non guérie, avant son accouchement et est perdue de vue.

OBSERVATION XXXVI

(Résumée)

(Mme Gaussel, *in* Delmas et Roger)

X..., 21 ans, Ipare. Leucorrhée abondante depuis la grossesse.

Au septième mois, douleur dans les petites articulations

des doigts à droite. Deux jours après, arthrite poignet gauche. Accouchement normal à terme. Sort deux mois plus tard. Raideur marquée.

OBSERVATION XXXVII

(Résumée) (Vachée)

X..., 22 ans, Ipare, cantinière. Leucorrhée abondante depuis le début de sa grossesse.

Au huitième mois, douleur poignet gauche et genou droit. Accouchement normal, à terme. Le troisième jour des suites de couches, deux frissons pouls à 130.

Sort deux mois plus tard, guérie.

OBSERVATION XXXVIII

(Résumée) (Georgiades)

X..., 21 ans, Ipare, journalière. Aucun antécédent.

Au huitième mois, l'hiver, après avoir lavé douleur genou et pied droits. Ecoulement jaunâtre, tachant le linge, depuis trois mois. Pas de douleurs à la miction. Accouchement normal, à terme. Le quatrième jour l'enfant présente de l'ophtalmie purulente.

La femme sort un mois après avec une raideur marquée du genou droit.

OBSERVATION XXXIX

(Résumée) (Alexandre)

X..., 20 ans, Ipare, couturière.

Ni leucorrhée, ni urétrite.

Dans le courant du huitième mois de la grossesse, douleur à l'épaule et au poignet gauches. Salicylate. En deux jours, le douleur à l'épaule s'atténue, et le poignet se tuméfie.

Sort un mois plus tard sur sa demande, avec une atrophie énorme des muscles du membre supérieur gauche et une impotence fonctionnelle du poignet.

OBSERVATION XL

(Résumée)

(Tracou et Bué)

X..., 21 ans, IIpare, domestique.

Premier accouchement datant de deux ans, normal, à terme. Leucorrhée à la suite, et douleurs à la miction.

Dans le courant du huitième mois, après un refroidissement, douleur au genou droit et à la hanche gauche. Frissons et fièvre légère. Prélèvement de mucosités urétrales et vaginales; pas de gonocoques. Après quinze jours d'immobilisation, pas d'amélioration. On décide de pratiquer l'accouchement prématuré, par douches vaginales et antiseptiques: en deux jours l'accouchement est effectué. Le troisième jour des suites de couches, amélioration notable de la hanche gauche. Le huitième jour, le genou est très désenflé et presque indolore. Le quinzième jour, la malade sort complètement guérie.

OBSERVATION XLI

(Résumée)

(Lefour et Fieux)

X..., 17 ans, Ipare.

Au sixième mois de la grossesse, pertes blanches, tachant le linge en vert, avec douleurs à la miction. Au huitième

tième mois, douleur à l'épaule gauche et arthrite du genou droit. Accouchement au terme de huit mois et demi, normal. Le lendemain, le genou est plus tuméfié et plus douloureux. Immobilisation, pointes de feu. Ponction évacuatrice articulaire, qui ramène du pus mal lié, verdâtre, avec grumeaux, sans odeur. A l'examen bactériologique, pas de gonocoques et culture négative.

Sort deux mois plus tard, guérie.

Remarque. — Est-ce l'arthrite qui a provoqué l'accouchement On peut l'admettre. En tous cas, on ne peut dire que l'arthrite en ait ensuite ressenti un mieux sensible.

Voici encore un cas où nul n'a pu déceler le gonocoque Et pourtant, c'est bien du rhumatisme blennorragique.

OBSERVATION XLII

(Résumée)

(Delmas et Roger)

X..., 24 ans, Ipare, ménagère. Leucorrhée tachant le linge, depuis deux ans.

Au huitième mois de la grossesse, frissons et fièvre, douleur aux deux genoux et aux trois poignets. Deux jours plus tard, le genou et le poignet droits sont seuls très douloureux et tuméfiés. Gonocoques dans l'écoulement vaginal. En outre, le mari a une orchite succédant à une urétrite purulente. Salicylate de soude. Accouchement normal, au terme de huit mois et demi. L'enfant meurt athrepsique le quatrième jour. Méthode de Bier sur les deux membres.

Sort au troisième mois des suites de couches : raideur marquée du genou droit. Ankylose complète du poignet droit.

Sort un mois plus tard avec une ankylose complète.

OBSERVATION XLIII

(Résumée)

(Delmas et Roger)

X..., 20 ans, Ipare.

Au huitième mois de la grossesse, arthrite genou gauche.

Accouchement normal, à terme.

Sort un mois plus tard avec une ankylose complète.

OBSERVATION XLIV

(Résumée)

(Tison)

X..., 25 ans, Iipare, cordonnière.

Une fausse-couche sans cause connue. Leucorrhée depuis deux mois.

A huit mois et demi, après une chute, douleur poignet droit. Accouchement normal, à terme.

Sort vingt jours tard, avec une raideur articulaire marquée.

OBSERVATION XLV

(Résumée)

(Tison)

X..., 25 ans, Iipare.

Une fausse-couche de cinq mois sans cause connue.

Depuis trois semaines, écoulement leucorrhéique très abondant. A huit mois et demi, douleur épaule droite, puis poignet droit. Accouchement normal, à terme.

Sort vingt jours plus tard, avec une raideur très marquée du poignet droit.

Remarque. — L'auteur se montre très satisfait du résultat et déclare que c'est l'accouchement qui a guéri l'arthrite.

OBSERVATION XLVI

(Résumée) (Pasturel)

X..., 23 ans, Ipare.

Soignée deux ans auparavant pour métrite, leucorrhée depuis.

A huit mois et demi, douleur épaule droite et le lendemain, le coude gauche se prend. Accouchement normal, à terme. Suites de couches normales.

Sort guérie deux mois plus tard.

OBSERVATION XLVII

(Résumée) (Tison)

X..., 20 ans, Ipare.

Au neuvième mois, frissons et fièvre légère. Leucorrhée depuis le début de sa grossesse. Douleur genou droit et articulation temporo-maxillaire gauche. Epanchement rapide au coude gauche.

Sort sur sa demande, avant l'accouchement. Perdue de vue.

OBSERVATION XLVIII

(Résumée) (Mme Gaussel, in Delmas et Roger)

X..., 23 ans, Ipare. Pertes blanches depuis le début de la grossesse.

Au neuvième mois, arthrite des deux genoux, surtout marquée à droite. Accouchement normal, à terme.

Ankylose complète à droite.

OBSERVATION IXL

(Résumée)

(Yaille)

X..., 20 ans, Ipare. Ecoulement urétral tachant le linge en vert depuis de la grossesse.

Dans le courant du neuvième mois, douleur genou, coude et articulation temporo-maxillaire gauches. Accouchement normal, à terme.

Un mois et demi après, l'ankylose du coude est complète.

OBSERVATION L

(Résumée)

(Bar)

X..., 21 ans, Ipare, domestique.

Grossesse normale. Pas de leucorrhée, ni de douleurs à la miction.

Le 24 septembre, frisson, douleur au poignet droit. Accouchement normal, à terme. Les jours suivants, successivement, se prennent le genou droit, le poignet et le coude gauches, puis l'épaule et le genou gauches. Légère température. On pose le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu. L'épanchement existe au coude gauche et au genou droit.

Le 3 octobre, les articulations vont mieux, sauf le genou droit. Salicylate de soude pendant sept jours, sans résultat.

Le 15 octobre, les lochies, normales d'abord, deviennent purulentes et fétides. On fait le diagnostic de pseudo-rhumatisme infectieux. Ponction de l'articulation: pus jaune

verdâtre, assez épais, onctueux. Ensemencement sans résultat. A l'examen direct, quelques gonocoques, pas d'autres microbes.

Pas d'arthrotomie. Immobilisation.

Sort deux mois plus tard avec de la raideur articulaire.

CHAPITRE II

RHUMATISME BLENNORRAGIQUE PENDANT LES SUITES DE COUCHES

OBSERVATION LI

(Résumée)

(Bégouin)

Avortement de cinq mois et demi sans cause apparente. Le soir même, s'installe une arthrite du poignet gauche. Le pus urétral contient du gonocoque. La guérison est complète en treize jours, sans raideur articulaire.

OBSERVATION LII

(Résumée)

(Braunberger)

X..., 19 ans, Ipare, couturière.

Accouchement prématuré à six mois et demi, sans cause connue. Deux jumeaux ayant vécu l'une vingt-quatre heures l'autre vingt-huit heures. Le lendemain, douleur au coude gauche avec élévation de température. Vésicatoire. Immobilisation.

Sort au bout de quatre mois avec une ankylose complète.

OBSERVATION LIII

(Résumée)

(Mauclaire)

X..., 22 ans, Ipare.

Accouchement normal, à terme. Leucorrhée pendant toute

la grossesse. Le deuxième jour des suites de couches, douleur coude gauche, avec gros épanchement. La ponction donne un liquide séro-purulent (ensemencement négatif). Résorption lente de l'épanchement.
Sort guérie deux mois plus tard.

OBSERVATION LIV

(Résumée)

(Lop)

X..., 33 ans, Ipare. Pas d'antécédents.

Le deuxième jour des suites de couches, légère élévation de température et douleur au coude droit. Ecoulement vaginal, ayant déterminé un peu d'érythème des grandes lèvres. Mictions fréquentes et douloureuses depuis le deuxième jour de l'accouchement. Examen bactériologique de l'écoulement vaginal : très forte proportion de gonocoques, quelques staphylocoques et d'autres bacilles non caractérisés.

Sort le vingtième jour avec un peu de raideur articulaire. Perdue de vue ensuite.

OBSERVATION LV

(Résumée)

(Rabboni)

X..., 17 ans, Ipare. Pas d'antécédents rhumatismaux. Leucorrhée pendant la grossesse.

Avortement sans cause connue à quatre mois et demi environ. Deux jours après, frissons et élévation de température; douleur au genou droit. Epanchement articulaire très marqué. Ponction de l'articulation : pus, polynucléai-

res. Pas de gonocoque, ni de microbe. L'examen bactériologique de l'exsudat urétral montre des gonocoques. Immobilisation, puis mobilisation forcée. Au bout de deux mois, l'ankylose est complète.

OBSERVATION LVI

(Résumée)

(Bøgehold)

X..., 33 ans, Ipare.

Accouchement normal, à terme. Trois jours après, frissons, arthrite du genou gauche. Arthrotomie: pus verdâtre, grumeleux. Guérison.

OBSERVATION LVII

(Résumée)

(Bøgehold)

X..., 30 ans, Ipare. Avortement de trois mois et demi environ, sans cause connue. Trois jours plus tard, arthrite tibio-tarsienne droite. Tuméfaction énorme et fluctuation. Arthrotomie, lavage, puis drainage. Guérison.

OBSERVATION LVIII

(Résumée)

(Alexandre)

X..., 22 ans, Ipare, cuisinière. Aucun antécédent.

Trois jours après un accouchement normal, à terme, douleur aux deux poignets, deux coudes, deux épaules. En deux jours les douleurs régressent et le genou gauche se prend.

Sort un mois plus tard avec une ankylose complète.

Remarque. — Encore un cas où la multiplicité des arti-

culations touchées aurait pu faire croire à du rhumatisme aigu. Telle a été d'ailleurs l'erreur de l'auteur.

OBSERVATION LIX

(Résumée)

(Bøgehold)

X..., 20 ans, IIpare.

Accouchement normal, à terme. Quatre jours plus tard, arthrite genou gauche. Arthrotomie donnant du pus en abondance. Ankylose complète.

OBSERVATION LX

(Résumée)

(Ross AL-Macl.)

X..., 24 ans, IIpare. Premier accouchement normal.

Au quatrième jour des suites de couches du deuxième accouchement, arthrite sterno-claviculaire droite, qui ne va pas à la suppuration. Au sixième jour, l'enfant présente de l'ophtalmie purulente à gonocoques. La mère n'a pas de gonocoques dans son écoulement lochial.

Sort non guérie et perdue de vue.

OBSERVATION LXI

(Résumée)

(Stone)

X..., 42 ans, IIIpare. Trois accouchements normaux, à terme. Au quatrième jour des suites de couches, l'enfant présente de l'ophtalmie purulente à gonocoques. Le septième jour, arthrite coude droit, avec grosse tuméfaction et impotence fonctionnelle complète. En même temps, la

femme présente des lochies fétides où l'on trouve des gonocoques.

Sort au bout d'un mois et demi avec une ankylose complète du coude droit.

OBSERVATION LXII

(Résumée)

(Simpson)

Au cinquième jour de l'accouchement, arthrite suppurée du coude gauche. L'articulation s'abcède et donne du pus vert et caséeux mal lié (incontestablement, il y avait du gonocoque). L'enfant était atteint en même temps d'une ophtalmie qui fut rebelle à tous les traitements et qui se termina par une fonte purulente des deux yeux.

La femme sort non guérie et est perdue de vue.

OBSERVATION LXIII

(Résumée)

(Quinquaud)

X..., 24 ans, Ipère, cuisinière.

Cinq jours après l'accouchement, douleur genou droit, et frissons. Vésicatoires sans résultat. Sort un mois plus tard avec ankylose complète.

OBSERVATION LXIV

(Résumée)

(Macdonald)

Au cinquième jour, après un accouchement dystocique au forceps pour bassin plat, apparition d'une arthrite double du genou et de l'épaule droite. Cette dernière articulation

guérit très vite. L'enfant présente de l'ophtalmie purulente à gonocoques. La malade sort guérie deux mois après, avec une raideur très marquée du genou gauche.

OBSERVATION LXV

(Résumée)

(Burr)

X..., 21 ans, Ipare. Aucun antécédent.

Le cinquième jour des suites de couches, arthrite des deux articulations coxo-fémorales, surtout marquée à droite. Le même jour l'enfant présente une ophtalmie où l'examen bactériologique montre du gonocoque. La femme sort malgré l'avis des médecins et est perdue de vue.

OBSERVATION LXVI

(Résumée)

(Vaille)

X..., 22 ans, Ipare.

Accouchement prématuré à sept mois et demi, sans cause connue, d'un enfant vivant deux heures. Le sixième jour des suites de couches, douleur aux deux genoux et au coude droit. Fièvre intense, mauvais état général, faisant penser à de l'infection puerpérale. Lochies normales. Un mois plus tard, le coude s'abcède et donne issue à un pus vert et grumeleux.

Sort sur sa demande et est perdue de vue.

OBSERVATION LXVII

(Résumée)

(Marchandé)

X..., 23 ans, Ipare.

Avortement de quatre mois sans cause connue. Six jours après, arthrite genou gauche. Arthrotomie. Guérison.

OBSERVATION LXVIII

(Résumée)

(Pinard)

X..., 21 ans, Ipare, domestique.

Accouchement normal, à terme. Six jours après, douleur au poignet gauche et au coude droit, puis au poignet droit.

Sort quatre mois plus tard avec une ankylose complète du poignet droit.

OBSERVATION LXIX

(Résumée)

(Vaille)

Le septième jour des suites de couches, après un accou-

X..., 26 ans, Ipare.

chement normal, à terme, douleurs aux articulations de l'index et du médius droits. Le lendemain, le coude et l'épaule droits sont pris. On fait interrompre l'allaitement. On note à ce moment un écoulement lochial abondant et fétide.

Sort quinze jours plus tard avec une raideur marquée de l'épaule.

Remarque. — Il ne semble pas que l'interruption de l'allaitement ait beaucoup amélioré l'arthrite.

OBSERVATION LXX

(Résumée)

(Burr)

X..., 27 ans, Ipare.

Sept jours après l'accouchement, l'enfant présente de l'ophtalmie gonococcique. Au dixième jour, la mère souff-

fre de l'épaule droite. Dix semaines plus tard, l'involution utérine est incomplète, les lochies fétides n'ont pas cessé; on y trouve des gonocoques.

La femme sort pour refus de traitement, avec une ankylose complète de son épaule droite.

OBSERVATION LXXI

(Résumée)

(Celles)

X..., 20 ans, Ipare, domestique.

Accouchement le 2 janvier, hémorragie de la délivrance

Le 6 janvier, écoulement lochial blanc et crêmeux, fétide.

Le 10 janvier, frissons.

Le 11 janvier, douleur aux deux poignets, température légère.

A partir du 18 janvier, le poignet gauche va mieux, le droit est toujours très douloureux et tuméfié.

Le 9 février, plus de lochies, la femme sort, son poignet droit douloureux et raide.

OBSERVATION LXXII

(Résumée)

(Barral)

X..., 43 ans, IVpare, lingère.

Trois accouchements normaux, à terme.

Pendant la quatrième grossesse, leucorrhée jaune verdâtre, tachant le linge, à partir du troisième mois. Accouchement normal, à terme.

Onze jours après, douleur au genou et au cou-de-pied gauches. Les jours suivants, se prennent successivement

le poignet et le coude gauches, puis le genou et le cou-de-pied droits.

Sort au bout de deux mois avec une ankylose complète du genou droit.

Remarque. — L'auteur conclut que ce n'est certainement pas de l'arthrite gonococcique, malgré l'ankylosé finale et la leucorrhée. Car plusieurs articulations furent prises (il omet d'ailleurs de dire ce que sont devenues les autres). Ce n'est pas non plus du rhumatisme pseudo-infectieux, qui suppure toujours. C'est du « rhumatisme puerpéral ». Encore une observation où manifestement l'auteur interprète les faits en vue de la théorie qu'il veut défendre.

OBSERVATION LXXIII

(Résumée)

(Mosny et Beaufumé)

X..., 28 ans, Ipare, domestique.

Depuis un an, pertes blanches, tachant le linge en vert. Accouchement normal, à terme. Délivrance naturelle et complète. L'enfant ne présente aucune lésion oculaire.

Suites de couches normales. Sort sur sa demande le neuvième jour.

Le douzième jour, douleur dans l'épaule et le coude gauches.

Le treizième jour, le genou gauche se prend.

Le seizième jour, la malade rentre à l'hôpital. Le coude et le poignet droits sont douloureux, le genou gauche est tuméfié à l'extrême.

Le vingt-quatrième jour, les autres articulations semblent guéries. Seul le genou gauche présente les signes d'un épanchement très important. Ponction évacuatrice : sérosité purulente, verdâtre, contenant des polynucléaires,

aucun microbe. Ensemencement sur gélose, négatif. Sur gélose au sang, gonocoques. Aucun gonocoque dans le mucus vaginal ni dans l'urètre. Immobilisation, compression.

Deux mois plus tard, l'atrophie musculaire est énorme et on commence les massages et la faradisation. Sort au bout de trois mois avec de la raideur de la jambe.

Remarque. — Voici encore cinq articulations de prises les unes après les autres. Les exsudats génito-urinaires ne donnent pas de gonocoques. Et cependant c'est bien une arthrite blennorragique dont souffre la cinquième articulation atteinte.

OBSERVATION LXXIV

(Inédite)

(Observation personnelle)

Mme L. B..., 25 ans, Ipape, journalière.

Entre à la Maternité de la Charité le 12 août, en travail (dilatation comme 2 francs). Venue trois fois à la consultation des femmes enceintes, pendant sa grossesse. Rien à signaler.

Antécédents personnels: aucun antécédent pulmonaire ou spécifique. Pas de manifestations rhumatismales à aucun moment.

Réglée à 14 ans, régulièrement; dysménorrhée habituelle.

Leucorrhée depuis deux ans, date qui correspond à son mariage. Pas de pertes teintées de vert ni de douleur à la miction.

Histoire de la maladie. — Grossesse actuelle tout à fait normale, sans complication.

Accouchement normal, à terme. Sommet en O. I. G. A. dégagement en O. P., garçon vivant pesant 3 kil. 650.

Délivrance naturelle, pesant 650 gr., membranes complètes.

Urines normales. Température normale.

Suites de couches normales jusqu'au 25 août. La malade allaite.

Le 25 août, au soir, brusque élévation de température à 40°. Violentes douleurs dans le genou droit aux moindres mouvements de flexion du membre. A l'inspection, rien d'anormal. A la palpation profonde de l'articulation, on éveille un peu de douleur au niveau de l'interligne et en arrière au creux poplité. L'utérus est légèrement sensible à la palpation. Le trajet des veines iliaques et fémorales n'est pas douloureux: néanmoins on pense à un début de phlegmatia et on immobilise la jambe dans une gouttière. Pouls: 110.

Le 26 août, le genou droit est légèrement augmenté de volume, en masse, un peu douloureux à la palpation. La flexion de la jambe sur la cuisse est douloureuse. Le membre lui-même n'est pas augmenté de volume. Température: 38°7. Pouls: 110.

Le 27 août, la malade a beaucoup souffert de son genou pendant la nuit. Le genou est encore augmenté de volume, globuleux. Effacement des méplats. Les moindres mouvements sont douloureux. Mais pas de douleurs spontanées. Le choc rotulien est nettement perçu: épanchement articulaire assez considérable. De plus, la malade se plaint de douleurs localisées au pouce gauche et à l'index droit (articulations métacarpo-phalangiennes). On pose le diagnostic de rhumatisme blennorragique. Température: 38°5. Pouls: 104.

Le 28 août, le genou est de plus en plus douloureux, l'hydarthrose ayant encore augmenté de volume. Aucun signe de phlébite. L'utérus est encore petit et indolore. Injection de 3 centimètres cubes de Dmégon. Température: 38°1. Pouls: 100.

Le 29 août, l'état du genou n'a pas varié. Il est très dou-

loureux à la palpation et aux mouvements. Température: 39°. Pouls: 110.

Le 30 août, aucun changement.

Le 31 août, ponction du genou: liquide louche, contenant des polynucléaires, quelques cocci, pas de gonocoque à l'examen direct. On refait une injection de 2 centimètres cubes de Dmégon. A 15 heures, la malade est prise d'un grand frisson avec température à 39°5; pouls, 120. Le genou est particulièrement douloureux, les culs-de-sac tendus et chauds.

Le 1^{er} septembre, le genou a encore augmenté de volume. La douleur est maintenant spontanée. Température: 39°6; pouls, 124.

Le 2 septembre, arthrotomie (docteur Metzger). On ouvre l'articulation par incision parallèle au bord externe de la rotule de 15 centimètres de long. Issue d'un peu de liquide séro-sanguinolent avec grumeaux verdâtres. Prélèvement en vue d'un examen bactériologique. Lavage de l'articulation à l'éther, sutures profondes et superficielles aux crins. Gouttière. Anesthésie à l'éther. Température: 39°6; pouls: 116.

Examen bactériologique du prélèvement: pas de gonocoque, aucun bacille à l'examen direct. Culture sur gélose-ascite: toutes sortes de micro-organismes, sauf du gonocoque.

Le 3 septembre, la malade souffre beaucoup de son genou. Morphine. Température: 39°; pouls: 116.

Le 4 septembre, la malade a un peu moins souffert. Température: 38°8; pouls: 112.

Le 6 septembre, aucune douleur spontanée. On retire la gouttière. Température: 39°2; pouls: 124.

Le 7 septembre, pansement. La plaie est parfaite, aucune suppuration. Les sutures ont tenu. L'articulation a beau-

coup diminué de volume. Température: $38^{\circ}7$; pouls: 104.

Le 12 septembre, pendant le pansement, on commence la mobilisation forcée, contre le gré de la malade. L'articulation est déjà très ankylosée et les moindres mouvements sont horriblement douloureux. Température: $38^{\circ}2$; pouls: 88.

Le 13 septembre, ablation des crins; la plaie n'a toujours pas suppuré. Continuation de la mobilisation du quadriceps, on a à lutter contre le mauvais vouloir de la malade.

Le 15 septembre, on commence les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse. Extrêmement douloureux.

Le 17 septembre, c'est-à-dire le quinzième jour de l'arthrotomie, pour la première fois, on arrive à décider la malade à mobiliser elle-même son articulation.

Le 20 septembre, la malade s'assied toute la journée sur le bord de son lit, la jambe fléchie.

Le 25 septembre, massages et mouvements forcés.

Le 28 septembre, la malade se lève et fait quelques pas avec une légère tendance à ne pouvoir étendre complètement le membre.

Le 10 octobre, la malade sort en bon état. Un peu de limitation des mouvements du membre inférieur droit. Aucune douleur. La malade n'a pas cessé d'allaiter, pendant tout le temps de sa maladie. L'enfant sort en parfait état.

Remarque. — Manifestement il s'agissait là d'un rhumatisme blennorragique, et cependant, le gonocoque n'a pu être décélé, comme dans l'observation XLI. Au sujet du traitement, il nous semble que la mobilisation a été entreprise trop tard et menée sans assez d'insistance, d'où une certaine limitation des mouvements.

OBSERVATION LXXV

(Résumée)

(Krœnig)

X..., 20 ans, Ipare. Aucun antécédent.

Le quatorzième jour des suites de couches, frisson, fièvre, douleur genou gauche et coude droit. L'écoulement lochial ne tarit pas. Au vingtième jour, le genou est guéri et indolore. Epanchement au coude, la tuméfaction s'abaisse. À l'examen bactériologique du pus, pas de gonocoques. Mais il en existe dans l'écoulement lochial.

Sortie guérie avec l'ankylose, un mois plus tard.

OBSERVATION LXXVI

(Résumée)

(Georgiades)

X..., 29 ans, VIpare, ménagère. Cinq accouchements normaux, à terme. A allaité ses cinq enfants.

Le 7 février, accouchement normal, à terme. Leucorrhée abondante pendant toute la grossesse.

Le 24 février, douleur genou droit. Vésicatoires, sans résultat. L'enfant, qu'on lui défend d'allaiter, meurt athrepsique en mai.

Sort le 30 juin avec une ankylose complète.

Remarque. — En empêchant la femme de nourrir son enfant, on a bien certainement sacrifié ce dernier, et pourquoi? L'ankylose de son genou a cependant été complète.

OBSERVATION LXXVII

(Résumée)

(Georgiades)

X..., 22 ans, Ipare.

Grossesse normale, accouchement normal, à terme. Allaitement. Un mois après, arthrite poignet droit.

Sort cinq mois plus tard avec une ankylose complète.

OBSERVATION LXXVIII

(Résumée)

(Cumston)

X..., 18 ans, Ipare. Leucorrhée avant l'accouchement.

Dans la quatrième semaine des suites de couches, arthrite genou droit avec gros épanchement. A cette époque, présente encore un écoulement lochial qui cultive sur blutagar.

Sort au bout d'un mois et demi, avec de la raideur partielle de l'articulation, due, d'après l'auteur, à une immobilisation et à une compression trop prolongée.

OBSERVATION LXXIX

(Résumée)

(Braunberger)

X..., 30 ans, IIIpare.

Trois accouchements normaux, à terme; leucorrhée depuis sa deuxième grossesse.

Un mois et demi après l'accouchement, pendant l'allaitement, arthrite coude gauche, avec suppuration spontanée (pus verdâtre et grumeleux).

Sort un mois plus tard, ankylose.

OBSERVATION LXXX

(Résumée)

(Barral)

X..., 20 ans, Ipare, chapelière. Accouchement normal, à terme.

Deux mois plus tard, pendant l'allaitement, arthrite épaule gauche. Impotence fonctionnelle complète à cette époque. Salicylate pendant trois semaines sans résultat. Massages et révulsion.

Sort au bout de trois mois, complètement guérie.

OBSERVATION LXXXI

(Résumée)

(Bégouin)

X..., 27 ans, IIpare. Les deux premiers accouchements, sont normaux.

Dans le deuxième mois des suites de couches, arthrite plastique du poignet gauche. Vers la fin de sa grossesse, la femme avait fait de la blennorragie vaginale et, actuellement, elle présente du gonocoque dans l'exsudat urétral.

Guérison en deux mois avec une ankylose presque complète.

OBSERVATION LXXXII

(Résumée)

(Georgiades)

X..., 20 ans, IIpare, couturière. Premier accouchement normal, à terme, allaite. Un peu de leucorrhée tachant le linge, pendant sa deuxième grossesse.

Le 1^{er} janvier, accouchement normal, à terme, allaite.

Le 20 mars, arthrite genou droit.

Le 30 juin, sort avec une ankylose complète.

Remarque. — Ici, l'auteur affirme que c'est l'allaitement qui est la cause du rhumatisme. Pour nous, le cas est à rapprocher de l'observation LXXVI, mais du moins ici, l'enfant vit.

ARTICLE IV

CONCLUSIONS

I. — Le rhumatisme blennorragique complique l'état puerpéral dans un pour quatre cents des cas, constituant, l'affection décrite sous le nom de rhumatisme puerpéral par les anciens auteurs.

II. — L'état puerpéral a une influence nettement aggravante sur la blennorragie, en ce sens particulier qu'on rencontre plus de rhumatisme blennorragique chez les femmes enceintes ou récemment accouchées que chez les autres, toutes proportions gardées.

III. — La gestation n'aggrave pas le pronostic du rhumatisme blennorragique et il ne paraît pas que son interruption l'améliore. L'accouchement, l'allaitement, les suites de couches ne semblent pas avoir d'influence sur la marche de cette affection.

IV. — A son tour, il n'est pas prouvé que le rhumatisme blennorragique trouble l'évolution de la grossesse. En tous cas, il n'a aucune action sur les suites de couches.

V. — Son traitement se confond avec celui du rhumatisme blennorragique non puerpéral: immobilisation surveillée, s'il n'y a qu'arthralgie. Arthrotomie large et mobilisation active immédiate, s'il y a arthrite purulente.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBRECHT. — *Munch. Med. Wochens.*, 1912.
- ALEXANDRE. — *Thèse Paris*, 1884.
- * AUDEBERT. — *Jour. scien. méd. de Lille*, 1903.
- BALETTE. — *Thèse Paris*, 1884.
- BAR. — *Presse médicale*, 1895.
- BARRAL. — *Thèse Paris*, 1885.
- * BÉGOUIN. — *Comm. Soc. gyn. obs.*, Bordeaux, 1897.
— *Ann. gyn. obs.*, 1898.
- BILLOT. — *Thèse Paris*, 1873.
- BÆKEL. — *In Jalaguier, Thèse Paris*, agrégation, 1886.
- BÆGEHOLD. — *Arch. f. Klin. Ch.*, 1882.
- BONNAMOUR. — *Lyon médical*, 1912.
- BOUCHARD. — *Malad. p. ralent. de la nutrit.*
- BOYCE. — *Brit. med. Journ.*, London, 1884.
- BRAILLON. — *Echo médical du Nord*, 1905.
- BRAUNBERGER. — *Thèse Paris*, 1879.
- BROCHIN. — *Gaz. des hôp.*, 1876.
- BRUN. — *Thèse Paris*, 1881.
- BUMM. — *Munch. Med. Wochens.*, 1891.
- * BURCI. — *Giorn. ital. de mal. vén.*, 1894.
- BURR. — *J. Am. med. Ass.*, 1896.
- CELLES. — *Thèse Paris*, 1885.
- CHARCOT. — *Thèse Paris*, 1853.
- CHARPENTIER. — *Traité d'accouchements*, 1889.

- CHEVELU. — *Thèse Paris*, 1874.
- CLIFTON. — *Med. Rec.*, 1907.
- COLE et MEAKINS. — *John's Hopkins Hosp. Bull.*, 1907.
- CUMSTON. — *Am. J. of Obst.*, 1899.
- DAVID. — *Thèse Paris*, 1868.
- DELMAS et ROGER. — *Gaz. des Hôp.*, 1908.
- * DRAGHIESCU et SION-MOSCHUNA. — *Centralb. f. Gyn.*, 1900.
- DUBOIS (Benj.). — *Thèse Paris*, 1879.
- DUFOUR (H.). — *Bull. Soc. méd. hôp. Paris*, 1919 et 1920.
- DUJOL. — *Thèse Lyon*, 1913.
- ELIÇAGARRAY. — *Thèse Paris*, 1873.
- FABRE et DUJOL. — *Bull. Soc. obst. et gyn.*, Paris, 1914.
— *Ann. gyn. et obst.*, 1916.
- FAVRE. — *Ann. Soc. obst. de France*, 1899.
- FERNET. — *Progr. méd.*, 1908.
- FEUILLET. — *Thèse Paris*, 1865.
- FIEUX et LEFOUR. — *Gaz. hebd. scien. méd. Bordeaux*, 1896.
- FIESSINGER. — *J. des pratic.*, 1908.
- FOURNIER. — *Thèse Paris*, 1885.
- FRUHHINSHOLZ. — *Thèse Nancy*, 1902.
— *Ann. gyn. et obst.*, 1902.
- FÜRST. — *The. d. Gegen.* Berlin u. Wien., 1902.
- GAUTIEZ et TISSIER. — *Gaz. des hôp.*, 1909.
- GEORGIADIS. — *Thèse Paris*, 1885.
- GIBBON et FITZ-GIBBON. — *The Lancet*, 1913.
- * GILES. — *The brit. med. J.*, 1871.
- * GUICHARD. — *Année méd.*, Caen, 1911.
- HALLÉ. — *Ann. gyn. et obst.*, 1898.
- HAMIL. — *Univ. M. Mag.*, Philadelphie, 1888.
- * HANNES (W.). — *Ztsch. f. Geb. u. Gyn.*, Stuttgart, 1913.
- HANOT. — *Arch. de toc. et gyn.*, 1881.
- * HENNIG. — *Aun. f. Gyn.*, 1874.
- HORTON. — *Thèse Paris*, 1919.

- HUCHARD. — *Union méd.*, 1875.
- IMMERWAHR. — *Beitrag. z. Derm. u. Syph.*, 1895.
- JACQUET. — *Ann. de dermat.*, 1892.
- JANET. — *Nouv. arch. d'obst.*, 1893.
- JEANSELME. — *Presse médicale*, 1895.
- KRONER. — *Arch. f. gyn.*, 1887.
- KRÖNIG. — *Centralbl. f. Gyn.*, 1893.
- * KUSUTA. — *Sank. Fujin. Gaku Jasshi*, Tokio, 1903 (traduc. Watson).
- * LABORDERIE. — *Thèse Montpellier*, 1888.
- LACASSAGNE. — *Arch. gén. de méd.*, 1872.
- LISSORT. — *Thèse Bordeaux*, 1895.
- LEA. — *Transact. of t. North of Engl. Obs. a. Gyn. Soc.*, 1900.
- LEOPOLD. — *Zent. f. Gyn.*, 1903.
- LOP. — *Gaz. des hôp.*, 1903.
- — *Gaz. des hôp.*, 1912.
- LORAIN, FOURNIER, PETER et HERVIEUX. — *Bull. Soc. méd. hôp.*, Paris, 1867.
- LORAIN. — *Gaz. des hôp.*, 1875.
- LOWERY. — *J. Mississippi State med. Ass.*, 1900.
- MACDONALD. — *Edimb. med. Journ.*, 1873.
- MAÏNINI. — *Presse méd.*, 1909.
- * MANGIAGALLI. — *Art. Ostet.*, Milan, 1915.
- MARCHANDÉ. — *Thèse Paris*, 1879.
- MASLOWSKY. — *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, 1896.
- MAUCLAIRE. — *Arch. gén. de méd.*, 1895.
- * MAYER. — *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, 1906.
- MERCIER. — *Thèse Paris*, 1883.
- MOSNY et BEAUFUMÉ. — *Tribune méd.*, 1904.
- NÉLATON. — *Traité de path. chir.*
- NÖGGERATH. — Bonn, 1872.
- OLLIER. — *Dict. encyc. scien. méd.*

- PASTUREL. — *Thèse Paris*, 1904.
- * PATENOSTRE. — *Thèse Paris*, 1884.
- * PINARD. — *Thèse Paris*, 1878.
- PORTER (W.-H.). — *Med. Rec.*, New-York, 1918.
- PRIOLEAU. — *Arch. de toc. et gyn.*, 1894.
- QUINQUAUD. — *Gaz. méd.*, 1872.
- * QUINQUAUD. — *Etude sur les affections articulaires*, 1876.
- RABBONI. — *La Gyn.*, 1906.
- RAYMOND. — *Thèse agrégation*, 1880.
- RICORD. — *Gaz. des Hôp.*, 1847.
- ROGERS et TORREY. — *J. Am. med. Ass.* Chicago, 1907.
- ROSE. — *Geb. Gesells. z. Hamburg*, 1912.
- ROSS (Al.-Mael.). — *T. med. a. surg. Rep.*, 1891.
- * ROSS (W.). — *Ann. of Gyn. a. Ped.*, Boston, 1897.
- * ROSSIER. — *Bull. mens. Soc. vaudoise de sages-femmes*, 1902.
- RUDAUX. — *La Clinique*, 1906.
- SAENGER. — *Verhand. d. deuts. Gesells. f. Gyn.*, 1886.
- *Ann. de gyn. et bost.*, 1890 (traduct. Labusquière).
- * SCHOCKAERT. — *Rev. méd. de Louvain*, 1904.
- SIMON (Jules). — *Thèse agrégation*, 1866.
- SIMPSON. — *Obstetric Works*, 1854.
- *Obst. mem. a. contr.*, 1856.
- SIREDEY (Fr.). — *Les maladies puerpérales*, 1884.
- SMITH. — *Am. j. obst.*, New-York, 1890.
- STEINBUCHER. — *Wien. Klin. Wochens.*, 1892.
- STONE. — *Surg. gyn. a. obst.*, 1905.
- TALAMON. — *Rev. mens. méd. et chir.*, 1878.
- THÉRÈSE. — *Gaz. des hôp.*, 1894.
- THIERRY. — *Thèse Paris*, 1873.
- THWEAT (J.-J.). — *Virg. med. J. Richmond*, 1858.
- TISON. — *Thèse Paris*, 1876.
- TRACOU et BUÉ. — *Arch. de toc. et gyn.*, 1892.

- TRASTOUR. — *Thèse Paris*, 1853.
TRONCY. — *Thèse Paris*, 1920.
VACHÉE. — *Thèse Paris*, 1868.
VACQUEZ et LAUBRY. — *Soc. méd. hôp.*, 1902.
VAILLE. — *Thèse Paris*, 1867.
VARNIER. — *L'obstétrique journalière*, 1900.
* VERCHÈRE. — *La blennorrhagie et la femme*, 1894.
VERLAG. — *Thèse Toulouse*, 1904.
VERNEUIL (B.). — *Des maladies de la grossesse*, 1848.
* VINAY. — *Traité des maladies de la grossesse*, 1894.
* VOITURIEZ. — *J. des scien. méd.*, Lille, 1884.
WATSON (D.). — *Chir. J.*, Londres, 1913.
WILLEMS. — *Bull. et mém. Soc. chir.*, 1918.
* WITTE. — *Verhand. d. Gesells. f. Gyn. u. Geb. z. Berlin*,
1892.

Les ouvrages marqués d'un astéristique n'ont pu être consultés par nous.

Vu :
Le Doyen,
H. ROGER.

Vu :
Le Président de Thèse,
BAR.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

